Rok XXVI. Kraków, 2 Lipca 1887. Nr. 27.

Redakcyja:
Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja:
Ul. św. Filipa i ul. Krótka, dom narożny.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Cena ogłoszeń,
które przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a w *Paryżu* p. Adam, 4 Rue Clement, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniéj półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe. w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy
zwracają się
tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 16 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 4 „	„ 6 „

I. Przyczynek do kazuistyki nowoczesnych operacyj wola.

Podał **Prof Dr. A. Obaliński** w Krakowie.

W ostatnich czasach podawali i podają ciągle chirurdzy sposoby mające na celu zapobieżenie następstwom bardzo trafnie przez Reverdina nazwanym *accidents tardifs*, a mianowicie tężyczce (*tetania*), porażeniu więzadeł głosowych, a wreszcie charlactwu ogólnie już znanemu pod nazwą podaną przez Kochera *cachexia strumipriva*.

Wszystkie one są i pozostaną jednak poprostu tylko jakby chwytaniem po omacku dopóty, dopóki nie dowiemy się o właściwém przeznaczeniu fizyjologiczném gruczołu tarczykowego, a ponieważ o potrzebie istnienia tego gruczołu tak fizyjologowie, jak i chirurdzy coraz bardziéj się przekonywają, przeto też i metody operacyjne przeważnie dążą do tego, ażeby o ile możności pozostawić coś z gruczołu tarczykowego a ograniczać się tylko do usunięcia części zwyrodniałych.

Do tego zmierzały wstrzykiwania śródmiąższowe nastoju jodowego, wcierania maści jodowych itp. środki, a gdy one okazały się po największéj części mało skutecznemi a czasem nawet szkodliwemi, starano ograniczać się przy wyłuszczaniu wola do jednéj tylko strony, co jednak nie mogło być uważaném za postępowanie odpowiednie w obec tego, że przypady, dla których właśnie operacyję podjęto, nie zawsze po takiéj połowiczéj operacyi ustępowały; w kilku bowiem przypadkach przyszło do znaczniejszego rozrostu powstałéj połowy, jak to i ja sam miałem sposobność postrzegania w jednym z moich dawniejszych przypadków.

Nieco późniéj wystąpił Mikulicz ze swoją metodą nazwaną przez niego resekcyją wola a polegającą na tém, że część jego przytykającą do tchawicy i tworzącą wnękę pozostawia się nietkniętą po poprzedniém podwiązaniu kilkoma podwiązkami, co po części zapobiegać miało obrażeniu nerwu wstecznego a po części przyczynić się do pozostawienia choć jednéj cząstki gruczołu. Pomijając tę okoliczność, że w bardzo podobny sposób postępował już amerykański chirurg Green przed 12tu laty (*Amer. Journ. of med. scien.* Styczeń, 1871), zgodzić się można ze słowami Wölflera (*Wien. med. Wochenschrift*, 1886, 29), który powiada o téj metodzie: „*In wie weit die Resection im Stande sei, den Gefahren der Tetanie und Cachexie vorzubeugen, wäre erst an der Hand weiterer Erfahrungen zu prüfen; theoretisch ist nicht einzusehen, warum durch Anlegung von Massenligaturen in der Gegend des Hilus die genannten Gefahren verringert werden könnten. Es kann ausserdem bei der bekannten innigen Beziehung des Nervus recurrens zum Kropfe gerade bei Anlegung von Massenligaturen leichter geschehen, dass dieser Nerv mitgefasst wird*“. Ja sam miałem już sposobność przekonania się, że resekcyja wola wcale nie chroni od tężyczki i to w jéj postaci cięższéj, padaczkowatéj, o czém już wspomniałem na jedném z posiedzeń Tow. Lek. krak. (*Przegląd Lek.*, 1886, Nr. 9) a co wcale dziwić nie powinno, jeżeli razem z N. Weissem przypuścimy, że najprawdopodobniéj drażnienie nerwów sympatycznych przewiązkami sprowadza zadrażnienie istoty szaréj w rdzeniu przedłużonym i w części szyjnéj rdzenia pacierzowego.

O wiele właściwszą drogę obrał sobie Wölfler zwracając się do metody, którą podał był jeszcze Mays w 17m wieku, a którą wykonywali w początku obecnego wieku Ph. Walther, Blizzard, C. M. Langenbeck i Porta. Polegała ona na podwiązaniu obydwu tętnic tarczykowych jednéj strony i byłaby niewątpliwie wydała dobre rezultaty, jak się to zresztą w kilku przypadkach okazało, gdyby nie ciężkie przypady towarzyszące przebiegowi ran, jak flegmony, ropnica, krwotoki następowe itp., które zmusiły ostatecznie chirurgów do wydania potępiającego o niéj orzeczenia.

Za wielką zasługę policzyć więc należy Wölflerowi, że metodę tę dzisiejszym chirurgom przypomniał, a to tém bardziéj, że antyseptyka, chroniąca nas obecnie od owych groźnych przypadków, właściwą donioSłość jéj wykazać może.

Przypadek jego dotyczył 29-letniego mężczyzny, który z powodu wola średniéj wielkości doznawał takiéj ciężkości oddechu, iż nie mógł oddawać się zwykłemu swemu zatrudnieniu jako tokarz. Operacyję wykonał W. tylko po stronie prawéj, jako przeważnie zajętéj, za pomocą cięcia poprowadzonego wzdłuż przedniego brzegu schylacza głowy, przyczém kładzie nacisk, że operacyja była trudną, gdyż wól był większym, niż się wydawał zewnętrznie i musiał być odwróconym ku wewnątrz, aby w głębi dojrzeć można było poprzecznie przebiegającą tętnicę tarczykową dolną. Rezultat był wyborny, gojenie odbywało się *per primam*, duszność ustąpiła zupełnie a operowana połowa wola zmniejszyła się po 7 miesiącach prawie o połowę. Korzystny ten przypadek dodał Wölflerowi bodźca do dalszych badań w tym kierunku, które wykazały, że nie ma obawy przy podwiązaniu nawet wszystkich czterech tętnic tarczykowych, powoli bowiem wytwarzające się krążenie oboczne, za pomocą *a. crico-thyreoidea mediana*, łączącéj się z jednéj strony z t. językową a z drugiéj z tarczykową dolną, zapobiega popadnięciu gruczołu w zgorzel. Przytém dodaje, że byłoby o wiele stósowniéj podwiązywać t. tarczykową dolną pomiędzy głowami m. schylacza głowy lecz trochę odmienniéj, niż podał C. M. Langenbeck [1]).

Dziwnato rzecz, że pomimo ogłoszenia tego przypadku jeszcze przed rokiem i pomimo wrażenia, jakie tenże wywarł nietylko między lekarzami, lecz także między szerszą publicznością, nie spotykamy się z ogłoszeniem dalszych spostrzeżeń w tym kierunku i z wyjątkiem drugiego przypadku, o którym wspomniał Wölfler na tegorocznym Zjeździe chirurgów i który mu dał sposobność do zrobienia przestrogi, aby sposobu tego nie używać w razie złośliwego przeobrażenia gruczołu tarczykowego, dowiedzieliśmy się tylko z dzienników politycznych, że metody téj użyć miał w dwóch przypadkach Billroth.

Tém skwapliwiéj podaję zatém do wiadomości mój przypadek, ile że nadto jest on dotąd jedynym, w którym u człowieka podwiązano wszystkie cztery tętnice tarczykowe bez tknięcia się samego gruczołu.

Florentyna M., 22-letnia służąca, zgłosiła się z końcem kwietnia b. r. na mój oddział z prośbą o wykonanie operacyi wola z powodu znacznéj duszności, która jéj nie pozwala zajmować się nawet lżejszą pracą fizyczną. O operacyi wiedziała ztąd, że przed rokiem była na oddziale leczoną metodą Gussenbauera (wcierania maści jodoformowéj z równoczesnemi okładami z octanu glinowego) ze skutkiem przemijającym, podczas gdy u innych równocześnie z nią przebywających chorych wykonałem wyłuszczenie wola. Tym razem postanowiłem i u niéj wykonać operacyję, lecz nie przez wyłuszczenie wola, jeno przez podwiązanie tętnic tarczykowych sposobem Wölflera, a to tém bardziéj, że wól był przeważnie umieszczony pod mostkiem (*s. substernalis*) a rozmiary gruczołu nie były na oko tak bardzo znaczne, o czém zresztą świadczą rozmiary szyi:

1. przez 7 wyr. kolcowy i chrząstkę pierścieniową : 34cm.
2. „ „ „ „ „ podgardle (*jugulum*) . : 38 „
3. „ „ „ „ „ środek gruczołu : 36 „

Nim przystąpiłem do operacyi, musiałem rozważyć, w jaki sposób mam wykonać podwiązanie osobliwie tętnicy tarczykowéj dolnéj, gdyż, jak to już po części wyżéj wspomniałem, mogłem rozporządzać kilkoma metodami, a mianowicie przez cięcie na wewnętrznym brzegu mięśnia schylacza głowy, zalecane przez francuskich chirurgów Velpeaua i Chauvela, daléj przez cięcie Langenbecka-Dietricha w szczelinie dolnéj pomiędzy obydwiema głowami tegoż mięśnia, a wreszcie takiémże cięciem lecz nieco zmodyfikowaném przez Wölflera.

Przy tém okazała mi się nader przydatną cenna praca naszego rodaka Dra Drobnika, asystenta anatomii w Strassburgu (*Gazeta Lek.*, 1887, Nr. 6), który rozbierając szczegółowo na podstawie własnego doświadczenia, jakoteż i dziel poważnych autorów powyższe sposoby poddał je krytyce i udowodnił, że pierwszy z nich, jakkolwiek ma jasne i stałe wskazówki anatomiczne, jest bardzo trudnym do wykonania z powodu znacznéj głębokości, w któréj się operuje, przez co narazić się można na ujęcie lub obrażenie krzyżujących się z tętnicą nerwu sympatycznego lub wstecznego; że zaś drugi i trzeci pozbawione są owych jasnych wskazówek anatomicznych przez niestałość stosunku szczeliny między głowami mięśnia schylacza głowy do dużych naczyń i nerwów szyjnych, która jeszcze bardziéj występuje, jeżeli wól jest dosyć dużym i jeżeli dla wyrównania pola operacyjnego wyginamy choremu szyję w tył a głowę zwracamy ku stronie przeciwnéj. W końcu podaje swój sposób wielokrotnie na trupie wypróbowany, uważając go za najpewniejszy raz dla jego pewnych i jasnych wskazówek anatomicznych, a powtóre dla łatwości wykonania i to bez narażenia się na obrażenie którego z ważnych nerwów. Metodę tę podaję prawie dosłownie według autora: „Cięcie po zewnętrznym brzegu mięśnia mostko-obojczyko sutkowego zaczyna się 1—2cm. powyżéj obojczyka i ciągnie się aż do wysokości chrząstki tarczykowéj. W górnym kącie cięcia spotykamy na téj wysokości pod mięśniem szerokim szyi żyłę szyjną zewnętrzną. W dolnym kącie spotykamy pod mięśniem mostko-obojczykosutkowym mięsień mostko-grdykowy lub jego ścięgno. Celem, do którego dążymy najpierw, jest mięsień dźwigacz klatki piersiowéj przedni (*scalenus anticus*). Od niego oddziela się warstwa tłuszczu i gruczoły limfatyczne ciągnące się wzdłuż żyły szyjnéj wewnętrznéj, od któréj je oddzielamy sposobem tępym, poczém spostrzegamy mięsień dźwigacz klatki piersiowéj przedni z przebiegającym po nim ukośnie nerwem przeponowym. Odciągnąwszy lekko ku wewnątrz m. schylacz głowy wraz z żyłą szyjną wewnętrzną, nerwem błędnym i tętnicą szyjną odszukujemy tętnicę wstępującą (*a. colli ascendens*), po któréj z łatwością dochodzimy do *truncus thyreo-cervicalis* a tém samém i do tętnicy tarczykowéj dolnéj; albo odszukujemy guzik Chassaignaca, poniżéj którego na 1—3cm. znajduje się na wewnętrznym brzegu mięśnia dźwigacza klatki piersiowéj łuk tętnicy tarczykowéj dolnéj.“ Nadto twierdzi autor, że znaczne nawet wola wcale nie przeszkadzają do odszukania téj tętnicy jego metodą i że wygięcie szyi i odwrócenie głowy nietylko nie szkodzi lecz przeciwnie ułatwia operacyję.

Przyznając wielkie zalety téj ostatniéj metodzie mimo to postanowiłem w niniejszym przypadku użyć metody pierwszéj, t. j. cięcia po wewnętrznym brzegu m. schylacza głowy i to z następujących powodów: 1) miałem zamiar podwiązania wszystkich czterech tętnic tarczykowych, co wymagałoby według metody Dra Drobnika aż czterech cięć, gdy ja tym sposobem obejść się mogłem dwoma cięciami ze względu, że cięcie do podwiązania tętnicy tarczykowéj górnéj służące przypada również na przednim brzegu mięśnia schylacza głowy; 2) przypuszczałem, że przedłużając tak znacznie jedno cięcie sprawi się, że rana nie będzie się wydawać tak głęboką;

[1]) Po bliższe szczegóły odsyłam szan. czytelnika do oryginalnéj pracy już poprzednio przytoczonéj.

a wreszcie 3) z doświadczenia nabytego przy wyłuszczaniu wolów i innych guzów w téj okolicy nabrałem przekonania, że tętnica szyjna daje się z łatwością odciągnąć za pomocą haka ku zewnątrz a tym sposobem podwiązujemy tętnicę tarczykową dolną więcéj na zewnątrz, a więc i zdala od miejsca jéj skrzyżowania z nerwem wstecznym. Oświadczam jednak, że w każdym przypadku bardzo rozwiniętego wola zdecydowałbym się raczéj na metodę Drobnika niż na metody Langenbecka-Dietricha lub nawet Wölflera.

(Dokończenie nastąpi).

II. Z zakładu patologiczno-anatomicznego Prof. Dra Hlavy w Pradze.

O komórkach olbrzymich w naciekach zapalnych i w niektórych nowotworach.

Napisał
Dr. Andrzéj Obrzut
1szy asystent tegoż zakładu.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 26).

Z powyżéj przedstawionego opisu komórek olbrzymich wynika bezsprzecznie, że każda z nich jako całość nie przedstawia nam jednéj komórki, a to, co przedstawia nam się jako pierwoszcze, składa się z istot różniących się od prawidłowego pierwoszcza komórki. W licznych miejscach udało mi się stwierdzić spływanie pojedynczych komórek w jednę całość, daléj na preparatach barwionych podług metody Grama wyszły na jaw znaczne różnice w tém pierwoszczu, pozwalające dokładnie odróżnić pojedyncze terytoryja pierwoszcza odpowiadające jądrom, między niemi istotę obcą delikatnie ziarnisto-włóknistą. Często spotykałem wreszcie komórki olbrzymie złożone tylko z téj masy bez jąder. Trudno zaś przypuścić wielkie masy pierwoszcza bez jąder jako komórki. Przeciw powstawaniu komórki olbrzymiéj z jednéj świadczy wprost ta okoliczność, że jądra ich bardzo ubogie w chromatyn znajdowały się bez wyjątku we wszystkich komórkach olbrzymich w stanie spoczynku. Tym ujemnym i dodatnim dowodom przeciw teoryi proliferacyjnéj przeciwstawić musimy pewne okoliczności, które nam posłużyć mogą do wytłumaczenia przynajmniéj z wielkiém prawdopodobieństwem powstania tych dziwnych tworów. Przedewszystkiém nasuwa nam się tu spostrzeżenie, że komórki olbrzymie znajdowały się w bezpośredniém otoczeniu ciał obcych, t. j. miąższu płucnego. Z góry przypuścić możemy, że jakakolwiek komórka znalazłszy się w bezpośredniém zetknięciu z ciałem obcém, skłonniejszą będzie do zmian wstecznych niż postępowych. Ciało obce szkodliwie musi wpływać na jéj odżywienie. Otaczające ją soki odżywcze zachować się muszą podobnie jak w obec ciała obcego. Najbliższe otoczenie ciała obcego i wszystko, co z niém się styka, stanie się punktem wyjścia spraw koagulacyjnych, problemu dotąd nierozwiązanego. Czy owe masy otaczające przegródki pęcherzyków płucnych są zlepionemi płytkami krwi (*Eberth-Schimmelbusch*), czy prawdziwemi skrzepami, (za czém świadczyłoby ich oddziaływanie według metody Weigerta na włóknik) nie jestem w stanie rozstrzygnąć. Prawie na pewne jednak przypuścić można, że te masy skrzeple czyteż pozlepiane płytki wspólnie z pierwoszczem komórek pojedynczych stanowią tak zwane pierwoszcze komórki olbrzymiéj, bo jakto wspomniałem, składowe części, t. z. pierwoszcze, dały się oddzielić odpowiednią metodą barwienia.

Pozostaje do wyjaśnienia drugie ważne pytanie, mianowicie pochodzenie jąder komórki olbrzymiéj.

Pytanie to jest w związku z kwestyją pochodzenia komórek w zgrubiałéj błonie surowiczéj i w tkance nowowytworzonéj a wypełniającéj pęcherzyki płucne. Liczne mitozy na śródbłonkach naczyń krwionośnych i na komórkach stałych tkanki łącznéj przemawiałyby za tém, że komórki zwane epitelioidowemi pochodzą z komórek okazujących mitozy. Współudział jednak leukocytów, które wyemigrowały, nie da się wykluczyć ze względu na owe postacie komórek, które stanowią przejście pomiędzy komórkami limfoidalnemi a epitelioidowemi.

Na pewne przypuścić możemy, że pewna część jąder komórek olbrzymich odpowiada komórkom epitelioidowym, które usadowiły się przy przegródkach pęcherzyków płucnych, a następnie pod wpływem przemian wstecznych, wyżéj opisanych, zlały się z sobą. Inne jądra, zwłaszcza odpowiadające wielkością i ilością chromatynu leukocytom, uważać musimy za imigrowane ciałka białe krwi. I imigracyję komórek epitelioidowych muszę uważać za prawdopodobną. Te komórki zlane z sobą w jednę masę nie są zdolne do żadnych przemian postępowych, mianowicie do wytworzenia tkanki łącznéj. Albowiem komórka olbrzymia przylega do ciała obcego, a często oddzielona jest od nowowytworzonéj naczyniowéj tkanki wolnym przestworem, znajduje się zatém wśród warunków dosyć niekorzystnych. Ta okoliczność przemawia także przeciw przypuszczanéj przez zwolenników teoryi proliferacyjnéj, możliwéj proliferacyi jąder w komórce olbrzymiéj. Dalszym wyrazem tego upośledzonego odżywienia komórek składających komórkę olbrzymią jest mała ilość chromatynu w jądrach, a ta okoliczność znów nie przemawia za możliwą ich czynnością proliferacyjną.

W obec wszystkich powyższych okoliczności uważam za usprawiedliwione zdanie, że komórki olbrzymie tworzące się naokoło ciał obcych, są tylko konglomeratami komórek znajdujących się na drodze przemian wstecznych.

2) Komórki olbrzymie przy gojeniu się ran w narządach miąższowych. Literatura odnosząca się do gojenia ran jest dosyć bogatą. Liczni autorowie wspominają o tworzeniu się komórek olbrzymich w przebiegu téj sprawy, są jednakże te sprawy dla nich rzeczą uboczną. Najbardziéj wyczerpująco zajmował się w ostatnich czasach tym przedmiotem Podwyssocki (*Untersuchungen über die Regeneration des Lebergewebes. Beiträge zur path. Anatomie von Ziegler und Nauwerk* I. 3, 1886). Autor ten sądzi, że komórki olbrzymie napotykane w bliznach wątroby przedstawiają przecięcia poprzeczne przewodów żółciowych, których przybłonki proliferując zlewają się z sobą. Z tychto komórek olbrzymich mają późniéj powstawać komórki wątrobowe i w ten sposób ma przychodzić do regeneracyi miąższu wątrobowego.

Moje doświadczenia w tymże celu wykonywane doprowadziły mnie do znacznie odmiennych rezultatów. Najdogodniejszém polem do tych doświadczeń jest wątroba. Wszelkie urazy tego organu z zachowaniem przepisów aseptycznych zwierzęta znoszą dobrze, zwłaszcza, że tu wystarczy wycięcie małego klinowatego kawałka wątroby. W bliźnie w skutek tego powstałéj komórki olbrzymie są prawie stałym składnikiem, a są tém liczniejsze, im więcéj powikłaną jest sprawa gojenia, mianowicie im liczniejsze części miąższu dotykające brzegów rany ulegają nekrozie, a ma to zawsze miejsce, tylko raz w stopniu wyższym, drugi raz w niższym.

Części nekrotyczne nagrodzone zostają nowowytworzoną tkanką łączną, która i w dalsze części miąższu wnika trzymając się przytém dróg między zrazikami, a częściowo i naczyń wchodzących w głąb zrazików. Składniki blizny jak wszędzie, tak i tutaj zależą od wieku blizny. W początkach przeważają składniki okrągłe i epitelioidowe, późniéj tkanka łączna i komórki wrzecionowate. Twory zwane pseudokanalikami są nieliczne, a powstają, jak to na innêm miejscu starałem się udowodnić, z pozostałych komórek wątrobowych.

Począwszy już od dnia 10go blizny te zawierają prawie stale komórki olbrzymie. Ich związek z pozostałemi wysepkami miąższu wątrobowego można łatwo udowodnić. Podobnie jak w różnych postaciach marskości spotykamy i w bliznach tych wysepki miąższu wątrobowego w różnych okresach przemian wstecznych. Często te wysepki ulegają nekrozie, a wtedyto prawie stale spotykamy w nich komórki olbrzymie. W innych znowu razach cała taka wysepka miąższu przemieniona jest w komórki olbrzymie poodzielane od siebie przegródkami z tkanki łącznéj. Zamiast tych przegródek spotykamy często w tkance naczynia międzyzrazikowe, lub nekrotyczne składniki istniejącego dawniéj miąższu, a naokoło tych elementów, jako ciał obcych, grupują się komórki olbrzymie.

Często zauważyć można pewien niestosunek pomiędzy wielkością komórki olbrzymiéj a ilością jéj jąder. W wielkich komórkach znajdujemy stosunkowo mało jąder, w mniejszych zaś wielkie ich mnóstwo. Oprócz owych zwyczajnych wielkich okrągłych lub owalnych jąder, które zawierają bardzo mało istoty chromatycznéj, znajdujemy jądra odpowiadające leukocytom, a prócz tego często ciałka krwi czerwone silnie safraninem zabarwione (preparaty pochodzące z materyjału stwardłego w rozczynie Fleminga). Pierwoszcze zawiera bez wyjątku wielką ilość ziarnistego barwika żółci. W częściach miąższu przylegających do blizny spotykamy zmiany, które mogą nam wyjaśnić powstanie komórek olbrzymich. Zwykle znajdujemy tu zmiany wsteczne, często jednak i wprost przeciwne zmiany, mianowicie proliferacyję komórek wątrobowych, a jako produkt téj proliferacyi pseudokanaliki żółciowe. Komórki okazujące mitozy mają zarysy wyraźne, inne spływają z sobą w masę jednostajną lub delikatnie ziarnistą. To samo spływanie zauważyć można na pseudokanalikach. W skutek takiego spływania komórek wątrobowych powstają komórki olbrzymie. Część ich jąder należy do jąder istniejących dawniéj komórek wątrobowych, inne są prawdopodobnie leukocytami, które przywędrowały, lub komórkami epitelioidowemi.

Gdy gojenie się rany jest więcéj powikłanêm, gdy mianowicie całe zraziki lub grupy ich ulegają nekrozie, to wtedy prawie na całym obwodzie nekrotycznego miąższu spotykamy komórki olbrzymie. Sąto komórki największych rozmiarów, jakie spotykam. Zajmować mogą $^1/_4$—$^1/_2$ całego obwodu nekrotycznego zrazika. Granica między ich pierwoszczem a nekrotyczną częścią zrazika nie jest nigdy wyraźną. Na preparatach pikrokarminowych barwa ich brunatno-czerwonawa przechodzi w miąższ żółto zabarwiony. W pierwoszczu tych komórek olbrzymich można niekiedy odróżnić pojedyncze komórki. Jako resztki dawniejszego miąższu nekrotycznego spotykamy często w têm pierwoszczu włókienka tkanki łącznéj odpowiadające przebiegowi naczyń międzyzrazikowych. Część zatêm miąższu nekrotycznego na obwodzie zrazika posłużyła do wytworzenia komórek olbrzymich. W przestworach wolnych między blizną a komórkami olbrzymiemi spotykamy komórki epitelioidowe o jądrach zupełnie podobnych do jąder komórki olbrzymiéj i nieliczne leukocyty. Na tych miejscach obwodu zrazików, gdzie nie znajdujemy komórek olbrzymich, wnikają z blizny pojedyncze włókienka tkanki łącznéj i komórki wrzecionowate do obwodu nekrotycznego tworząc wzdłuż naczyń włosowatych powierzchownych delikatną siatkę. W têm musimy upatrywać widoczną dążność nowowytwarzającéj się tkanki zastępowania kiedyś części nekrotycznych. Ta sama dążność objawia się i na miejscach, gdzie powstają komórki olbrzymie, tylko tutaj nie przychodzi do wytworzenia się tkanki łącznéj z imigrowanych komórek. Te pozbawione związku z resztą tkanki łącznéj unaczynionéj wśród mas nekrotycznych nie mogą się daléj rozwijać, pierwoszcze ich miesza się wśród przemian wstecznych z nekrotyczną masą, jądra utrzymują się w całości przez pewien czas, napawają się barwikiem żółci rozpadając się wreszcie w miazgę molekularną. Nie może tu być mowy o jakiéjś czynności proliferacyjnéj komórek w takiéj masie nekrotycznéj, jądra zawierają zaledwie ślady istoty chromatycznéj, a wreszcie zupełnie bledną dając początek t. z. wakuolom. Komórki olbrzymie są tu zatêm produktem przejściowym już z góry przeznaczonym na rozpad i następowe wessanie przez tkankę nowopowstającą w ich sąsiedztwie. W ten tylko sposób można pojąć tyle omawianą czynność resorbcyjną komórek olbrzymich. Nie one jednak sprowadzają wessanie części nekrotycznych, ale zastępując je przez jakiś czas, same wreszcie rozpadają się i zostają wessane. Sprawa ta postępuje w głąb dopóty, aż cała część nekrotyczna zostanie zastąpioną przez tkankę łączną nowopowstającą. Analogiczne a może nawet identyczne znaczenie będą mieć osteoblasty Köllikera.

3) Komórki olbrzymie w liszaju żrącym. Od czasu publikacyi Friedländera (*Untersuchungen über Lupus, Virchows Archiv* T. 60, pag. 15) przypuszczenie, że liszaj żrący nie jest niczém innêm, jak tylko gruźlicą zlokalizowaną w skórze lub na błonach śluzowych, zyskało podstawę anatomiczną, ale pozostało przecież tylko przypuszczeniem. Komórki olbrzymie przestały być składnikiem patognomonicznym gruźlicy, a inni autorowie jak Köster, Griffini, Brodowski (Cyt. podług Baumgartena) i Baumgarten (*Ueber ein Knochensarcom mit tuberkelähnlicher Structur nebst einigen Bemerkungen über die anatomischen Beziehungen zwischen Syphilis und Tuberculose. Virch. Arch.* T. 76) znaleźli gruzełki prosówkowe z komórkami olbrzymiemi w produktach kiłowych. Dopiero po odkryciu w gruzełkach liszaja żrącego prątków gruźliczych przypuszczenie Friedländera stało się pewnêm.

Właściwością anatomiczną liszaja żrącego jest, że pod wpływem téj saméj szkodliwości, t. j. prątków, przychodzi do proliferacyi nietylko stałych komórek tkanki łącznéj i do wytworzenia tym sposobem gruzełków prosówkowych, ale że także składniki przyskórkowe skóry ulegają proliferacyi. Niektórzy autorowie, mianowicie Rindfleisch (*Lehrbuch der pathol. Gewebslehre* 1886, pag. 319) poszli tak daleko, że te zmiany produktywne w gruczołach łojowych uważali za najważniejsze w całym obrazie chorobowym. Zapatrywanie to jest z pewnością za daleko sięgającém, jak również zdanie Baumgartena (*Ueber Lupus und Tuberculose. Virchows Archiv.* T. 82, pag. 397), który temu zjawisku odmawia wszelkiego znaczenia, jest jednostronném. Jakikolwiek narząd stanie się siedzibą gruźlicy, wszystkie jego składniki biorą udział w téj sprawie nowotwórczo-zapalnéj, w skórze zatêm także

utwory przyskórkowe, podobnie jak n. p. w wątrobie komórki wątrobowe i kanaliki żółciowe. Nie jestto nic charakterystycznego dla liszaja żrącego, jak słusznie Baumgarten zauważa, ale przecież jestto stałym objawem i wpływać musi na ukształtowanie się całego obrazu gruźlicy w skórze. Komórki olbrzymie, prawie stały składnik liszaja żrącego, wyprowadzają Lang (*Vierteljahrschrift f. Dermatologie und Syphilis* 1874) i Stilling (*Einige Beobachtungen zur Anatomie u. Pathologie des Lupus. Deut. Zeitschrift f. Chirurgie* 1887) z wybujałych gruczołów łojowych skóry. Stanowczo przeciw takiemu powstawaniu komórek olbrzymich występuje Baumgarten, głównie z tego powodu, że komórki olbrzymie spotykał pomiędzy dwoma zagłębieniami gruczołowemi i że nigdzie nie widział przejść z przekrojów poprzecznych gruczołowych w komórki olbrzymie. Na oba te zarzuty odpowiedź jest łatwa. W obec zmian hyperplastycznych w przyrządzie gruczołowym nic dziwnego, że wypustki gruczołowe spotykamy i pomiędzy prawidłowemi zagłębieniami gruczołowemi i że te podobnie jak istniejące już gruczoły mogą dać początek komórkom olbrzymim. Przejścia zaś z gruczołów w komórki olbrzymie łatwo spotkać na każdym preparacie. Tak zwane komórki pseudoolbrzymie nie są niczém innêm, tylko okresem przejściowym.

W przypadku liszaja żrącego, który miałem sposobność badać, spotykałem niekiedy komórki olbrzymie okrągłe, o jądrach przybrzeżnie ułożonych, a w nich okrągławe otworki w środku lub bocznie ułożone. Otworki te albo były zupełnie wolne, przedstawiały się jako wakuole, albo były wypełnione delikatnemi bezbarwnemi molekułami. W têm należy upatrywać jeden z ważnych dowodów ich pochodzenia z przewodów gruczołowych. Takie pojmowanie komórek olbrzymich nie stoi bynajmniéj w sprzeczności z nauką Weigerta (*Kritische und ergänzende Bemerkungen zur Lehre von der Coagulationsnecrose. Deutsche med. Wochschr.* 1885 Nr. 44 et seq.) o nekrozie koagulacyjnéj. Zarzut taki uczyniony Langowi przez Baumgartena nie da się usprawiedliwić, bo komórki przyblonkowe składające tutaj komórkę olbrzymią nie są jeszcze nekrotycznemi, tylko ich pierwoszcze w skutek niekorzystnych warunków odżywczych gruzełka spłynęło z sobą, to jednak nie jest jeszcze identycznêm z nekrozą.

W gruzełkach liszaja żrącego jak i w gruźlicy innych narządów najpierw pewne małe grupy komórek (w środku) ulegają z czasem nekrozie. Być zatém może, że i tu mogłoby przyjść do tworzenia komórek olbrzymich w sposób, jaki podałem przy gojeniu się ran w wątrobie. W dwóch przypadkach liszaja żrącego w tym celu badanych nie mogłem jednak zyskać żadnéj podstawy do tego przypuszczenia, które z góry jako nieprawdopodobne wykluczyć się nie da.

Na têm kończę moje uwagi dotyczące komórek olbrzymich, jako komórek gruźliczych. Szczegółowo omówiłem genezę ich już na innêm miejscu. (Dok. nast.)

III. O hypnotyzmie ze stanowiska fizyjologicznego.

Napisał **Prof. Dr. N. Cybulski.**

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 26).

Poddawania terminowe udają się nie u wszystkich hypnotyków, lecz i ci, u których się udają, nie zawsze wykonywają poddaną czynność z jednakową ścisłością; czasem nie zupełnie, lub obok rzeczy poddanych wykonywają cały szereg innych, o których w poddaniu mowy nie było; tak jeśli np. poddaje się, że po obudzeniu hypnotyk ma 3 razy obejść pokój, niektórzy hypnotycy obchodzą tylko raz, po drodze przestawiają krzesła lub dotykają innych przedmiotów. Jednemu z moich hypnotyków p. K. poddano, aby w pół godziny po obudzeniu wziął stojące przy drzwiach kalosze, postawił je na stole, znajdującym się na środku pokoju (sali wykładowéj w Zakładzie fizyjologicznym) i włożył w nie ręce. Hypnotyk po obudzeniu przez dwadzieścia kilka minut chodzi jakby zamyślony po pokoju, pali papierosa, lecz z nikim nie chce rozmawiać, nie odpowiada na pytania, zwraca uwagę wreszcie na kalosze, obchodzi je kilka razy, zastanawia się, patrząc wciąż na nie, podchodzi do stołu, ściera pył na stole; postawszy kilka chwil znowu wraca ku kaloszom, przechodzi od kaloszy do stołu, nareszcie podnosi kalosze, stawia na stole i wkłada w nie ręce, wyjmuje je, lecz wciąż zostaje w tym samym stanie; obchodzi koło stołu i zaczyna ustawiać krzesła do koła, porządkuje je, przestawia po kilka razy, z impetem przesuwa, nie zwracając najmniejszéj uwagi na siedzące obok osoby, które widząc te gwałtowne ruchy usuwają się; na pytanie nie odpowiada, lecz wciąż przez kilkanaście minut porządkuje daléj krzesła. Nareszcie musiałem go obudzić, rozkazując, aby téj czynności zaprzestał; po chwili hypnotyk był zupełnie przytomny i o têm, co prawie przez pół godziny czynił, wcale nie pamiętał, skarżył się tylko na pewne zmęczenie i lekki ból głowy.

Z przykładu tego widzimy najprzód, że hypnotyk przez pewien czas jakby się namyślał, walczył z poddaną myślą, dopiero po niejakim czasie zdecydował się i że prócz tego wykonywał czynności, które nie były poddane, np. ścieranie pyłu i ustawianie krzeseł; lecz czynności te, przynajmniéj w danym przypadku, były do pewnego stopnia skojarzone z wyobrażeniem tego stołu; na tym bowiem stole stoją zwykle mikroskopy dla demonstracyi preparatów histologicznych; przed ustawieniem mikroskopów słuchacze moi ustawiają krzesła naokoło stołu, służący zwykle ściera pył. P. K., jako mój słuchacz, nietylko bywał przy têm, lecz nieraz sam ustawiał stołki; oczywiście więc, że widok stołu, do którego się zbliżył w skutek poddania, wywołał wyobrażenia tych czynności, które przy tym stole się odbywały, a te wyobrażenia z kolei wywołały odpowiednie im czynności ze strony hypnotyka.

I przy poddawaniach więc terminowych, tak samo jak w stanie hypnotycznym właściwie trudno mówić o świadomym udziale woli hypnotyków, ponieważ nie wiemy, czy stany, spostrzegane przed wykonaniem poddanéj czynności: wahanie się, rozmyślanie, w rzeczywistości są takowemi, czy też zależą one tylko od tego, że wyobrażenia poddanych czynności występują nie od razu wyraźnie lub że odtwarzaniu się ich przeszkadzają do pewnego stopnia inne wrażenia, które hypnotyk w tym czasie otrzymuje.

Obserwując rozwój halucynacyj wzrokowych terminowych można stwierdzić, że w miarę zbliżania się oznaczonéj chwili u hypnotyka nasamprzód mimo woli powstaje myśl o przedmiocie, który ma spostrzedz, lecz niewyraźna, nieokreślona. Hypnotyk również mimowoli zwraca oczy w tę stronę, gdzie ma widzieć przedmiot poddania, lecz jeszcze nic nie widzi i w dalszym ciągu rozmawia, nie zwracając uwagi na tę myśl. Coraz częściéj jednak czuje potrzebę spoglądania w tę stronę, staje się mniéj uważnym, na zapytanie nie daje odpowiedzi, zwraca uwagę, że coś widzi w oznaczonêm miejscu niewyraźnie i dopiero stopniowo poddany obraz lub przedmiot występuje coraz wyraźniéj, nareszcie

przedstawia się hypnotykowi tak, jakby odpowiadał rzeczywistości. W miarę jak się wyjaśnia ten obraz, świadome oddziaływanie zmniejsza się i ostatecznie zupełnie znika; świadomość obniża się równolegle do wzrostu wyrazistości poddanego wyobrażenia, aż nim ostatnie całkowicie zapanuje. Z początku hypnotyk niekiedy stara się ukryć swój stan i wyszukuje pewnych motywów, któreby mogły usprawiedliwić wypowiedziane słowa, lecz to tylko z początku, dopóki poddane wyobrażenie nie staje się wyraźnem. Wszystko to sprawia wrażenie, że świadomość nie ma żadnego wpływu na rozwój poddanéj myśli i można się zgodzić z Liébeaultem, że hypnotyk *marche au but avec la fatalité d'une pierre qui tombe.* Hypnotykowi W. w stanie hypnotycznym poddałem, że w 15 minut po obudzeniu się ma uklęknąć i zmówić „Ojcze nasz". Obudzony hypnotyk rozmawia z nami, potém siada przy stole i przegląda tytuły książek i po 12 minutach nagle zwraca się do kolegi ze słowami „ty się nie modlisz," przy tém mimo woli i bez racyi w ciągu rozmowy wymawia wyrazy „Ojcze nasz", bierze leżącą na stole książkę, czyta tytuł i między słowy tylko mniéj głośno wplata, „któryś jest.... w niebiesiech itd.;" widocznie coraz bardziéj traci świadomość, zamyka oczy, opuszcza się na kolana i szybko nie wyraźnie odmawia dalszy ciąg modlitwy pańskiéj; potém wstaje i widocznie się budzi. Zachowanie się więc hypnotyka podczas powstawania poddanego wyobrażenia przypomina do pewnego stopnia umysłowo chorych podczas pierwszych okresów choroby, gdy powstają tak zwane wyobrażenia poniewolne, nieodstępne *(Zwangsvorstellungen)*.

W podobny sposób można wywołać prócz przytoczonych zjawisk cały szereg innych, jak np. ból w pewném miejscu, swędzenie, potrzebę pójścia na stolec itp. Stan, w jakim się hypnotyk znajduje przy tych poddawaniach, jest również, o ile z własnych doświadczeń wnosić mogę, stanem somnambulicznym. Jeśli poddaje się np., że hypnotyk po obudzeniu ma doznać bólu w palcu u ręki, to hypnotyk obudzony, przez cały czas, w ciągu którego ma trwać poddanie, zachowuje się nienaturalnie; wciąż patrzy na miejsce, w którém ma doznać bólu, ogląda je, o niczém nie chce mówić, nie zapytuje o środki, któreby ten ból usunęły. Po upływie oznaczonego w poddaniu czasu, niekiedy nagle, czasem stopniowo, przechodzi do stanu prawidłowego i często w kilka minut nie pamięta zupełnie o tém, że przed chwilą czuł ból w pewném miejscu. Nie podlega wątpliwości, że i pod tym względem odgrywa wielką rolę indywidualność hypnotyka, a także tresura hypnotyczna.

Podczas jednego stanu hypnotycznego można poddać jednocześnie kilka rozmaitych czynności na różne terminy; poddania te mogą współcześnie istnieć w mózgu hypnotyka, który spełnia je mniéj lub więcéj w poddanych terminach. Co do tego jak długie mogą być te terminy, to w obecnéj chwili jeszcze stanowczéj odpowiedzi dać nie można; istnieją doświadczenia Beaunisa i Liébeaulta, z których pierwszy poddał pewną halucynacyję na termin 173 dni i halucynacyja miała miejsce a drugi innemu hypnotykowi bardzo złożoną czynność, którą hypnotyk wykonał ściśle w rok od dnia poddania.

Z przytoczonych faktów widzimy, że poddawanie na oznaczone terminy różni się tém od poddawania w stanie hypnotycznym i poddań, które hypnotycy mają wykonać zaraz po obudzeniu się, że między snem hypnotycznym a chwilą wykonania poddania istnieje przeciąg czasu, w ciągu którego hypnotyk zdaje się być w stanie zupełnie prawidłowym; Delboeuf jednak podaje, że hypnotycy, których obserwował, nawet przy terminie jednodniowym skarżyli się na pewien nieokreślony niepokój, który sprawiał im przykrość; dla tego upraszali go, aby doświadczeń téj kategoryi zaniechał. Mając tę okoliczność na względzie doświadczeń téj kategoryi nie wykonywałem, témmniéj, że już samo hypnotyzowanie wywierało pewien wpływ na hypnotyków, w skutek którego zajmowanie się pracą umysłową stawało się niemożebném, przynajmniéj w ciągu tego samego dnia uskarżali się na pewne nieusposobienie do pracy, przytępienie pamięci, rozdrażnienie itp.

Przy poddawaniach terminowych na pierwszy rzut oka najbardziéj zadziwia ten fakt, że hypnotycy wykonywają poddane czynności niekiedy w ściśle oznaczonym czasie, nie tylko dniu, lecz czasem godzinie i minucie; kwestyja ta jednak nie jest tak trudna do zrozumienia. Nasamprzód zaznaczyć muszę, że dokładność pod tym względem nie zawsze bywa jednakową. Jeżeli np. poddamy, że pewną czynność ma hypnotyk wykonać w pół godziny po obudzeniu się, to jeden hypnotyk wykonywa ją po kwadransie, drugi po dwudziestu kilku minutach, trzeci po trzech kwadransach itd.; również jeśli poddajemy w śnie hypnotycznym, że hypnotyk ma się obudzić za 10 minut, to jeden się budzi po 8 min., inny po kwadransie, inny znowu po 10 min.; tak że takiéj zegarowéj ścisłości w tém nie ma; daléj wiadomo, że nietylko ludzie w stanie prawidłowym mogą nabierać wprawy w ocenianiu czasu, np. astronomowie lub muzycy przez częste kontrolowanie siebie, przyzwyczajenie, lecz że zdolność tę posiadają w pewnym stopniu i zwierzęta. Oczywiście zdolność ta nie jest oparta na ocenianiu czasu, jako oderwanego pojęcia, lecz jako szeregu następujących po sobie wrażeń. Godzina dla organizmu zwierzęcego przedstawia tylko pewną sumę wrażeń: świetlnych, słuchowych, smakowych, ruchowych itd., które w pewnym czasie organizm zwykł otrzymywać; te więc wrażenia służą za miarę czasu, a ponieważ tylko stosunkowo bardzo mała część tych wrażeń dochodzi do świadomości, wszelkie więc określenie czasu odbywa się w sferze nieświadomych czynności organizmu; wiadomo, że niektóre osoby mając zamiar obudzić się w oznaczonym czasie, ściśle według godziny oznaczonéj się budzą; na tém właśnie polega prawdopodobnie określenie czasu i u hypnotyków: z sumą wrażeń w pewnym czasie otrzymanych wiąże się poddane wyobrażenie zupełnie tak samo, jak zasypianie hypnotyka przy spotkaniu z pewną osobą, jeśli hypnotyzer w stanie czuwanie zapowiedział to, jakkolwiek hypnotyk w czasie usypiania może zupełnie o tém nie myśleć. Prócz tego wyobrażenie poddanéj czynności może się nawiązywać do daty i miejsca itp., jak to było w jednem z doświadczeń Beaunisa. W lipcu B. zapowiedział hypnotyczce we śnie hypnotycznym, iż w dzień Nowego Roku będzie go widziała wchodzącego do pokoju w celu złożenia jéj powinszowania. Na Nowy Rok hypnotyczka rzeczywiście widziała go (Beaunis w tym czasie był w Paryżu), lecz w tém samém ubraniu, jakie miał w lipcu. W tym przypadku poddana halucynacyja skojarzyła się z wyobrażeniem Nowego Roku i wszystkich towarzyszących temu dniowi okoliczności, te ostatnie właśnie wywołały poddaną halucynacyję, pomimo że hypnotyczka o poddaniu zupełnie nie wiedziała.

Kwestyja, jak długo mogą trwać poddane halucynacyje jeśli termin nie jest oznaczony, nie jest także dokładnie zbadaną. Liébeault jednéj z hypnotyczek poddał, że będzie widziała siebie ubraną w suknię czerwoną a przyjaciółkę w błę-

kitną (obie były czarno ubrane); hypnotyczka nietylko tego samego dnia miała odpowiednią halucynacyję, lecz jeszcze nazajutrz do wieczora widziała na sobie suknię koloru czerwonego a na przyjaciółce do rana trzeciego dnia już tylko dolną część sukni koloru błękitnego. Zastósowanie hypnotyzmu w celach leczniczych i pedagogicznych przedstawia przykłady, w których stan wywołany w skutek poddania trwał przeszło dwa miesiące. Liébeault przytacza jako przykład pewnego lekarza, nałogowego pijaka, którego chciał wyleczyć z nałogu za pomocą hypnotyzmu i w tym celu kilkakrotnie usypiał go i poddawał, że ma zaprzestać używania trunków; chory po kilku doświadczeniach rzeczywiście zaprzestał i powstrzymywał się aż do końca trzeciego miesiąca, w którymto czasie ponownie oddał się kultowi Bachusa. Również dziecko krnąbrne i leniwe poprawiło się w skutek poddania i było pracowite i uległe przez jakiś czas, lecz po dwóch miesiącach nietylko znowu wróciło do starych nałogów, lecz mimo nalegania rodziców za nic się nie zgodziło poddać na nowo hypnotyzowaniu. (C. d. n.)

IV. O aklimatyzacyi w krajach gorących, a mianowicie w archipelagu małajskim.

Podał
Dr. Maksymilijan Gumplowicz.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 25).

Zwracając się ku stosunkom klimatycznym Indyj holenderskich w ogóle powiedzieć możemy, że klimat jest tu o wiele łagodniejszym i zdrowszym, niż w wielu innych krajach gorących. Wynika to nasamprzód z samej istoty wysp ulegających wpływowi otaczającego oceanu, wystawionych na ustawiczne i regularne działanie wiatrów morskich, które i ciepłotę średnią obniżają i różnice ciepłoty zmniejszają. Ciepłota średnia roczna wynosi pomiędzy 26° a 27° C. Różnica co do średniej ciepłoty miesięcznej w różnych porach roku jest nadzwyczaj mała, zaledwie 1—2° C. wynosi. Podobnież różnica między najwyższą a najniższą ciepłotą dzienną rzadko kiedy ponad 5° C. wynosi. W trzech latach mego pobytu 3 razy dziennie zapisując ciepłotę (w cieniu), najniższa, jaką zaznaczyłem, wynosi 23·5° C. (nad ranem), najwyższa zaś 31° C. (o godzinie 2giej popołudniu). Najczęściej ciepłota w południe trzyma się pomiędzy 28 a 29° C., nad ranem zaś pomiędzy 25 a 26°. Dzień i noc zawsze, z małemi oscylacyjami, są równe i w tej mierze nie ma różnicy między porami roku. Ztąd pochodzi, że wprawdzie nie ma chłodniejszej zimy, ale zato też nie ma nieznośnie gorącego lata, jak to bywa w krajach gorących w większej już odległości od równika położonych. Pory roku różnią się między sobą jedynie co do kierunków panujących wiatrów i co do deszczu. W częściach archipelagu na południe od równika położonych (Jawa i małe wyspy Sundajskie) od października do maja panują wiatry zachodnie (t. z. musson zachodni) i pora deszczowa, od maja zaś do października wiatry wschodnie i posucha (musson wschodni). W krajach na północ od równika położonych (północna część Sumatry) ma się rzecz wręcz odwrotnie. W miejscowościach wreszcie tuż nad równikiem lub w małej odległości od niego położonych (o 1 lub 2°) nie ma wyraźnej a stałej różnicy między mussonami. Wilgoć atmosferyczna na całym obszarze archipelagu jest bardzo znaczną, wynosi średnio 800 (oznaczając przez 1000 stan nasycenia). Ilość spadającego deszczu wynosi średnio przeszło 2000 milimetrów na rok, podlega oczywiście stosownie do pory roku wielkim zmianom. Tak w r. 1886 podczas mego pobytu w archipelagu Molukków spadło na wyspie Amboinie w czerwcu 1180 a w lipcu 870 mm., t. j. razem trzy razy tyle, ile w wielu innych krajach europejskich w przeciągu całego roku. Co do wpływu pór roku na stan zdrowia powiedzieć można w ogóle, że czas regularnie codziennie spadających deszczów jest najzdrowszym. Podobnież zdrowym jest czas stałej pogody, dopóki przez dłuższą posuchę nie nastaje brak lub zepsucie wody do picia. Niezdrowym w ogóle jest czas przejścia z pory deszczowej w suchą i na odwrót. Zwłaszcza jeżeli, jak to nieraz bywa w początku pory deszczowej, po dłuższej posusze następuje kilka ulewnych deszczów, a po nich znów kilka dni gorących a suchych, wtedy liczyć można z wielkiem prawdopodobieństwem na wystąpienie cholery, lub co najmniej na częstsze przypadki zimnicy.

Wspomniane stosunki panują w okolicach nadbrzeżnych lub niezbyt wysoko ponad poziom morza wzniesionych. W wyżej położonych miejscach między 1500 a 2000 stóp ciepłota średnia spada już o kilka stopni, a różnica ciepłoty między dniem a nocą zwiększa się. Na 2500 do 3000 stóp klimat dla Europejczyka jest wcale przyjemnym, a na 5000 stóp i wyżej, gdzie drzewo chinowe uprawiają, ciepłota średnia spada na 10° C. Granicy śnieżnej jednak najwyższe nawet góry archipelagu nie dosięgają. W ogóle okolice górskie odznaczają się nierównie zdrowszym klimatem.

Ludność archipelagu należy, jak wiadomo, do rasy malajskiej, o płci brunatnej, czaszce prognatycznej bądź brachycefalnej, bądź dolichocefalnej. We wschodnich częściach archipelagu znać już widoczną domieszkę mieszkańców Nowej Gwinei (Papuasów mocno prognatycznych, czarnych, o włosach kędzierzawych) i mieszkańców wysp cichego oceanu. W zachodnich zaś stronach występuje często wpływ obcych naleciałości azyjatyckich, Hindusów, Syngalezów, Arabów i t. d. Mimo znacznych różnic, jakie zachodzą między licznemi szczepami, powiedzieć można, że ludność krajowa w ogóle używa przeważnie pokarmu roślinnego (zwykle ryżu, w niektórych okolicach saga i kukurudzy) z mocno drażniącemi dodatkami (różne gatunki *capsicum*), że więcej jest zdatną do lekkiej a wytrwałej pracy, niż do nagłych większych wysileń, że okazuje niezwykły, czasem zdumiewający popęd leczniczy w najcięższych nawet poranieniach, natomiast małą odporność w obec chorób gorączkowych. Rady lekarza europejskiego krajowcy z własnego popędu rzadko kiedy i to tylko w ciężkich przypadkach zasięgają, zwykle o pomoc udają się do t. z. „dukun,“ t. j. starych kobiet leczeniem się zajmujących, które leczą bądź różnemi ziołami krajowemi, bądź znanem w tych krajach i od dawien dawna praktykowanem miesieniem (po małajsku zwanem *pitjet*).

Obok ludności krajowej zasługują na uwagę Chińczycy po części dawniej już, głównie jednak za rządów holenderskich w tych stronach osiedli, a których obecnie liczy się na całym obszarze archipelagu kilkakroć sto tysięcy. Są oni głównie kupcami, handlarzami, rzemieślnikami i robotnikami w fabrykach i kopalniach, uprawą roli prawie zupełnie się nie zajmują. Rasy mongolskiej, cery blado żółtawej po części z krajów odległych, znacznie zimniejszych przybyli, nadzwyczaj łatwo się aklimatyzują. Szczególnie o zdrowie swe troskliwi w chorobach, o ile możności rady lekarzy europejskich zasięgają.

Omijając niebardzo licznych Ormian perskich, Arabów, Hindusów, Syngalezów i inną napływową ludność azyjaty-

cką, zwracamy się do najważniejszéj dla lekarza w Indyjach warstwy ludności, t. j. do zamieszkałych tam i od dawna osiadłych lub świeżo przybyłych Europejczyków. Prócz wojska holendersko-indyjskiego, które w połowie, t. j. w ilości 15.000, składa się z Europejczyków, na całą ludność archipelagu w przybliżeniu 30 milijonów wynoszącą, liczą zaledwie 30.000 Europejczyków lub osób według tamtejszego terminu prawniczego „z Europejczykami równouprawnionych.“ Znaczną większość w téj najwyższéj warstwie socyjalnéj stanowią bądź ludzie czystéj krwi europejskiéj z rodziców europejskich, jednak już w Indyjach urodzeni, bądźtéż ludzie rasy mniéj lub więcéj mięszanéj europejsko-malajskiéj pochodzący w pierwszéj, drugiéj lub dalszéj już generacyi z małżeństw pomiędzy Europejczykami a kobietami krajowemi. Są oni przeważnie urzędnikami i oficyjalistami, dozorcami w fabrykach i plantacyjach kawy, tytoniu i t. d. Im więcéj ludzie tacy mają w sobie krwi krajowéj, tém bardziéj zbliżają się pod względem intelektualnym i fizycznym do krajowców [1]), są już dziedzicznie i z urodzenia aklimatyzowanymi. Mniejszość tak zwanych w Indyjach „Europejczyków“ stanowią rzeczywiście czystéj krwi Europejczycy w Europie urodzeni. Jest ich zaledwie kilka tysięcy, są właścicielami fabryk, dóbr i wielkich plantacyj, zajmują wyższe urzędy, są kupcami, nauczycielami, inżynijerami i t. d. Oni to, a zwłaszcza kobiety europejskie, zwykle długo walczyć muszą z nieprzyjaznym klimatem, dopóki się zupełnie nie zaaklimatyzują lub też w walce nie ulegną. Zaburzenia ztąd wynikające stanowią najczęstszy i najważniejszy przedmiot usiłowań lekarzy w Indyjach osiadłych. Na te objawy i na niebezpieczeństwa Europejczykom w Indyjach grożące w dalszym ciągu główną zwrócimy uwagę.

Przejście do klimatu gorącego — objawy aklimatyzacyi — *anaemia tropica*. Opuszczając 1go września 1883 na okręcie wojennym „Bali“ port Nieuwe Diep w Holandyi, nie miałem jeszcze wyobrażenia o stosunkach, jakie mnie w Indyjach czekały, gdyż informacyje, jakie od osób tam bywałych zasięgnąłem, wręcz sobie były przeciwne; jedni przedstawiali mi Indyje jako prawdziwe piekło, drudzy jako istny raj ziemski, różnica zdań, jaką dopiero daleko późniéj pojąć i ocenić zdołałem. Zmuszony więc tymczasem na własném polegać doświadczeniu, z niecierpliwością czekałem nowych a nieznanych wrażeń. Podróż z początku nieco się przeciągnęła. Zaraz na wstępie silna pięciodniowa burza zmusiła nas szukać przytułku w porcie Dortmouth na południowém wybrzeżu Anglii. Przepędziwszy następnie dzień 14go września w Gibraltarze, minęliśmy 15go słupy herkulesowe i natrafili w morzu śródziemném na śliczną pogodę jesienną z ciepłotą około 20° C. Po pięciodniowym pobycie w Malcie, tym odłamku Afryki, który, jak napisy opiewają *amor Melittensium et vox Europae* oddały w opiekę Wielkiéj Brytanii, weszliśmy nagle 2go października już w obliczu Port Said w ciepłotę tropijną 28° C., która za przebyciem Kanalu Suezkiego i wejściem w morze czerwone podskoczyła na 31° C. w cieniu, t. j. na najwyższy stopień, jaki przez cały czas mego pobytu w krajach międzyzwrotnikowych zauważyłem. Pierwsze wrażenie, jakiego się doznaje przy tak nagłém przejściu, wcale nie jest ani przykrém, ani zatrważającém. Gorące dnie tropijne nieinaczéj i niegorzéj dają się we znaki, niż gorące dnie lata w Europie; występują obfite poty i mocne pragnienie, zresztą nie uczuwa się początkowo ani zbytniego znużenia, ani innych przykrych następstw. Owszem, brak właśnie zapowiedzianych z góry i oczekiwanych niemiłych skutków klimatu sprawia pewien rodzaj euforyi, trwającéj u ludzi zdrowych tygodnie a nawet miesiące, a podtrzymywanéj jeszcze przez widok pysznych krajobrazów i przez wiele innych nowych a zajmujących umysł wrażeń. Jedynym zaraz z początku występującym objawem patologicznym aklimatyzacyi, a któremu nikt nie uchodzi, jest t. z. *lichen tropicus*. Jestto wysypka w skutek ciągłych a obfitych potów występująca na pokrytych częściach ciała głównie na piersi i ramionach w kształcie bądź pęcherzyków przeźroczystym lub białawym płynem wypełnionych, bądź licznych prosówkowatych, czerwonych, początkowo nieświerzbiących gruzełków. Silniéj występuje u osób o skórze białéj, delikatnéj, wrażliwéj, daléj u osób, które się niedość często zmywają lub kąpią, w skutek czego parujący ciągle pot pozostawia na ciele drobny drażniący skórę proszek, wreszcie okazuje się nieraz bardzo silnie przy używaniu grubszych wełnianych koszulek i z ich usunięciem znika. U osób, które przez cały czas swego pobytu w Indyjach silnie się pocą, *lichen tropicus* nigdy nie ustępuje. U innych, które się z czasem w téj mierze aklimatyzują, t. j. mniéj piją i mniéj się pocą, wysypka znika. Wraca zaś przy obfitszych potach. Tak to nieraz u nas bywało, skoro tylko okręt zawinął do większego portu, gdzie łatwość dostawania sztucznego lodu zachęcała nas do obfitszego użycia chłodzących napojów. Niekiedy *lichen tropicus* po dłuższém trwaniu przechodzi w świerżbiącą pryszczycę. Zresztą pod popularną nazwą „czerwonego psa“ (*roode hond*), którą w Indyjach holenderskich wysypkę tą oznaczają, obejmują nieraz wcale tu nie należące choroby skórne (jak n. p. *erythema caloricum*).

Po niejakim czasie pobytu w Indyjach okazują się dopiero pierwsze niemiłe skutki klimatu; początkowa euforyja ustępuje miejsca poczuciu znużenia i zmęczenia. Dwa czynniki na to się składają: wilgoć atmosfery i działanie prostopadłych promieni słońca. Chociaż bowiem zwykła ciepłota w cieniu nie przewyższa ciepłoty gorących dni w Europie, to jednak w skutek nierównie większéj wilgoci powietrza parowanie potu, które przy suchém powietrzu szybko się odbywa i ciało znacznie ochładza, tutaj nierównie wolniéj następuje. Ztąd wszelka praca fizyczna wywołuje obfite poty i staje się uciążliwą. To samo ma miejsce przy większym ruchu lub natężeniu fizycznem w słońcu. Prostopadłe bowiem promienie słońca tropijnego, nawet przy téj saméj cieplocie w cieniu, nierównie silniéj działają niż ukośne promienie słońca stref umiarkowanych. U wielu osób niezmuszonych przez swój zawód do pracy fizycznéj powstaje ztąd niechęć do wszelkiego ruchu i natężenia fizycznego w ogóle i nieznana w naszych stronach opieszałość. Bywają takie osoby, zwłaszcza kobiety, które cały dzień przepędzają jeśli nie w łóżku lub na kanapie, to w krzesłach i wygodnych karłach, a u których przechadzka o kilkaset kroków bywa już rzad-

---

[1]) Najciekawszy w téj mierze przykład, prawdziwe *unicum*, poznałem zwiedzając w listopadzie 1885 r. wysepkę Kissar do południowéj grupy archipelagu Molukków należącą. Tam w połowie zeszłego wieku była kompanija holendersko-indyjska, pozostawiła mały garnizon europejski nie troszcząc się daléj o jego losy. Potomkowie tych ludzi, z kobiet krajowych, dotąd tworzą osobną osadę pod własnym naczelnikiem, są z imienia chrześcijanami, noszą nazwiska familijne holenderskie i mają po większéj części bladą cerę, blond włosy i niebieskie oczy. Zresztą w niczém nie różnią się od krajowców, tym samym mówią językiem, te same mają zwyczaje i obyczaje (wielożeństwo), ten sam noszą ubiór rajski i t. d.

kiém, wyjątkowém wysileniem. W skutek tak zupełnego braku ruchu po niejakim czasie łaknienie widocznie się zmniejsza, a zwłaszcza co do pokarmów mięsnych powstaje niechęć a nawet wstręt. Ta utrata łaknienia w większym lub mniejszym stopniu jest ogólnym stałym objawem u wszystkich osób wskazany tryb życia prowadzących. Dołącza się do tego zwykle, zwłaszcza przy braku odpowiednich bodźców umysłowych i pracy umysłowéj, bezsenność, która w niektórych przypadkach tak silną i męczącą się staje, że sama przez się już pobyt w klimacie gorącym czyni niemożebnym. Otóż brak łaknienia i snu po krótszym lub dłuższym czasie niechybnie wywołuje ową niedokrewność, która jako w związku pozostająca z stosunkami klimatycznemi słusznie nazwaną bywa: *anaemia tropica*. Rzecz jasna, że i inne przyczyny, mianowicie nieżyty przewlekłe przewodu pokarmowego, częste napady zimnicy, nieżyty części rodnych u kobiet, dłuższy pobyt w szpitalach z jakiéjkolwiek przyczyny i t. d. sprowadzić lub przyspieszyć mogą stan niedokrewności idącéj zwykle na karb „niedokrewności tropijnéj;“ powyższy jednak, że tak się wyrażę, normalny sposób jéj rozwoju zdaje mi się być najczęstszym. Takiego rodzaju niedokrewność zauważamy zatém głównie u kobiet europejskich. Daléj u urzędników, kupców, nauczycieli, pisarzy i tp. Natomiast u osób przez zawód swój do niejakiéj pracy fizycznéj zmuszonych lub z własnéj woli takowéj się oddających, sprawa przywyknięcia do klimatu gorącego nierównie łatwiéj się odbywa i bez szkodliwych następstw. Tak się to dzieje u ludzi załogi okrętowéj zmuszonych do regularnéj kilkogodzinnéj pracy codziennéj bądź koło okrętu, bądź w kształcie ćwiczeń wojskowych. U takich ludzi o braku łaknienia lub snu nie ma mowy; przez cały czas méj praktyki okrętowéj nie przypominam sobie, żeby który z majtków, przypadki choroby wyjąwszy, na to mi się skarżył, owszem wyśmienity apetyt wzbudzał nieraz moją zazdrość, a zbyt silny sen był częstym powodem kar dyscyplinarnych na okręcie. Totéż opuszczając po trzech latach okręt, wielu tam ludzi pozostawiłem równie zdrowych i czerstwych jak w dzień wyjazdu z Europy. Podobnież kto się zetknął z Europejczykami w głębi kraju osiadłymi, z właścicielami dóbr i plantacyj, rządcami fabryk i warsztatów, inżynierami i w ogóle z osobami zmuszonemi do ciągłéj czynności, do pobytu na wolném powietrzu, do nużącéj jazdy konnéj i t. d., tego nieraz zadziwi nadzwyczaj zdrowe i silne wejrzenie takich ludzi po kilkunasto- a nawet kilkudziesięcioletnim pobycie w Indyjach. Za przykład w téj mierze posłużyć mogą Anglicy. Onito w kolonijach swoich zwykle tylko czasowo bawiąc, zachować tu zwykli swojskie zwyczaje, mianowicie różnego rodzaju *sport*, jak polowanie, wyścigi konne i różne gry. Z niemałém zadziwieniem widziałem w angielskich osadach na półwyspie malajskim Penang i Singapore panie najlepszego towarzystwa bawiące się w samo południe na wolném powietrzu w *croquet* i *lawn tennis*, gry wymagające, jak wiadomo, wiele ruchu. Wejrzenie tych pań wyraźnie okazywało, o ile takie przezwyciężenie klimatu jest rozsądném i pożyteczném. Wprawdzie kto do pracy lub ćwiczeń fizycznych nie jest zniewolonym, musi mieć trochę silnéj woli, aby przezwyciężyć wstręt do nich, jaki go w klimacie wilgotnym a gorącym ogarnia. Kto jednak raz to uczynił i doznał ztąd błogich skutków, ten przy takim trybie życia zwykle już pozostaje i tém się przy zdrowiu utrzymuje. (Dok. nast.)

V. Oceny i sprawozdania.

Medycyna wewnętrzna.

Odczyty na VI Zjeździe internistów niemieckich.

(Dokończenie. Patrz Nr. 26).

A. Fraenkel: **O własnościach chorobotwórczych prątków durowych.**

Różni autorowie znajdowali prątki jeszcze żyjące w wrzodach durowych zupełnie zabliźnionych. F. przytacza przypadek, w którym, w $4\frac{1}{2}$ miesiąca po durze, wytworzył się ropień w brzuchu. Nakłócie próbne wykazało liczne prątki durowe żyjące, przecięcie nie wykazało miejsca wyjścia choroby. Chory ten zmarł późniéj z powodu skręcenia jelit. Doświadczenia świeżo przez prelegenta robione (wstrzykiwania hodowli prątków durowych do dwunastnicy) stanowczo przekonywają o łatwości przenoszenia prątków durowych na zwierzęta.

Unverricht: **O padaczce doświadczalnéj.**

Poprzednie doświadczenia, że drażnienie kory mózgowéj wywołuje napady do padaczki podobne, rozszerzyć należy o tyle, że utrzymanie istoty korowéj niezbędném jest, jeśli napady mają być zupełnemi. Jeśli zaś wyjmie się ośrodki ruchowe kory wówczas przy drażnieniu elektryczném tylnych części kory, powstają drgania mięśniowe nieznaczne téj saméj strony, a późniéj dopiero silniejsze strony drugiéj.

Vogel: **O patologii i terapii kokluszu.**

Chorobę tę należy stanowczo uważać za chorobę zakaźną, a to z powodu wybitnéj zakaźności i zabezpieczenia od powtórnego jéj przebywania. Kwestyja, czy mamy do czynienia z zakażeniem ogólném, czy téż z chorobą miejscową, dotychczas nie jest rozstrzygniętą. Niższego organizmu chorobę tę wywołującego nie wykazano. W symptomatologii zwraca V. uwagę na badania Herffa, który stwierdził, iż w przebiegu kokluszu istnieje lekki nieżyt od tylnych nozdrzy aż do rozdzielenia tchawicy w okolicy międzynalewkowéj najsilniejszy. W każdym napadzie kaszlu okazuje się na tylnéj ścianie krtani płatek śluzu i kaszel trwa aż do usunięcia tegoż. Wśród okresu kurczowego dotknięcie okolicy międzynalewkowéj wywołuje nadzwyczaj silny kaszel, innych zaś miejsc lekki. Badania te przez innych autorów zostały potwierdzone. Rokowanie w kokluszu wedle nowych zestawień Voita przedstawia się jak następuje: do pierwszego roku życia 25%, od 1—5 roku 4,8%, a powyżéj pięciu lat 1,1% śmiertelności. Środki lecznicze stosuje się odpowiednio do wieku, jakkolwiek każdy z używanych środków równie korzystne daje rezultaty. Morfin i opium zmniejszają kaszel, sprowadzają sen, beladona, chloral również narkotycznie działają. Kokainu nie należy często i długo używać. Wiele wagi przykładano do zniszczenia zarazka za pomocą odpowiednich środków. W pokoju chorego wytwarzano pary benzynowe i karbolowe. Z tychże samych powodów dawano antipyryn i chinin. Referent podaje małe dawki kalomelu, jak mu się zdaje z korzyścią. Dotychczas jednak sprawa tak stoi, „że koklusz trwa, dopóki nie zechce ustać“. Hagenbach, referent tego samego tematu, zastanawia się nad statystyką kokluszu podnosząc, o ile choroba ta zwiększa ogólną śmiertelność u dzieci. W Niemczech umiera rocznie 10.000—12.000 dzieci z powodu kokluszu, w Anglii na 500,000 przypadków śmierci jest 10,000 ofiar kokluszu. Zresztą w pracy swéj nie poruszył nowych punktów przez pierwszego referenta nieomawianych.

Prócz streszczonych odczytów miano jeszcze następujące:

Rindfleisch: **Anatomija patologiczna uwiądu rdzenia pacierzowego.**

Adamkiewicz: **Leczenie newralgii za pomocą kataforezy.**

Rossbach: **O fizyjologicznem znaczeniu ciałek białych z migdałków i gruczołów językowych pochodzących.** (Tkanina migdałków ma własności cukier tworzące, a własność ta przywiązaną jest szczególnie do ciałek białych).

Rossbach: **O chyiuryi.**

Litten: **O związku chorób żołądka ze zmianami położenia prawéj nerki.**

Finkler: **Spostrzeżenia nad durem brzusznym.** (Autor wykazuje możebność bezpośredniego przeniesienia duru z osoby na osobę).

Fleischer: **Dodatki doświadczalne do patologii nerek.** (Praca ta odnosi się do badania przyczyny mocznicy).

Fränkel: **O ciągłém wdychiwaniu świeżego powietrza jako środku ochronnym i leczniczym w chorobach płuc.**

Mering: **O cukrzycy.**

Cahn: **Zachowanie się soku żołądkowego w raku żołądka.** (Prelegent wykazuje, że zboczenia rakiem odźwiernika wywołane są natury mechanicznéj, a rak nie wywołuje zmian w sekrecyi żołądka).

Franz: **Praca mięśniowa czy spoczynek właściwym jest w chorobach serca.** (Autor oświadcza się stanowczo, nawet w bardziéj posuniętych przypadkach, za pracą mięśniową).

Schultze: **Dodatek do rozpoznawania ostrego zapalenia opon mózgowych.**

Müller: **O resorbcyi pokarmów w niektórych chorobach.**

Dr. Halski.

Farmakologija.

Doc. Lenhartz (w Lipsku): **Przyczynki doświadczalne do nauki o ostrém zatruciu morfinowém i antagonizmu między morfinem a atropinem.**

Na zasadzie dotychczasowych opisów, odnoszących się do ostrego zatrucia morfinem i leczenia tegoż, nie mógł autor przekonać się, że jesteśmy uprawnieni lub obowiązani w ostrém zatruciu morfinem lub makowcem leczyć podskórnemi wstrzykiwaniami atropinu. Autor przytacza także trzy własne przypadki ostrego zatrucia morfinem:

Pierwszy przypadek. (Dawka morfinu niepodana). W głębokiéj śpiączce morfinowéj, podczas któréj respiracyja ustawała a szczękościsk i konwulsyje naprzemian następowały, wstrzyknięto choremu 1 ½ miligrama atropinu na dwa razy. Ciężkie objawy intoksykacyi trwały jeszcze przez 12 godzin, nastąpiło tylko rozszerzenie źrenic.

Drugi chory otrzymał 0,03 morfinu podskórnie; nastąpiła silna śpiączka. Dwie godziny późniéj otrzymuje chory 2 ½ miligrama atropinu podskórnie (na raz). Po dwóch godzinach rozszerzenie źrenicy; można było zaniechać sztucznéj respiracyi dotychczas ciągle utrzymywanéj. Nastąpiła jednak niekorzystna zmiana w tętnie, które uderzało wkrótce 180 do 200. Wśród śpiączki i konwulsyj nastąpiła śmierć.

Trzeci chory zatruł się 95 centigramami morfinu; po 5—6 godzinach znaleziony w śpiączce, przy sztucznéj respiracyi tętno stało się wyczuwalném i respiracyja naturalnie się odbywała. Chory otrzymuje 2 miligramy atropinu na dwa razy; atropin nie wywołał żadnych zmian; chory wyzdrowiał. Powrotu do zdrowia w 1szym i 3cim przypadku nie można przypisać działaniu atropinu, podczas gdy w drugim przypadku nie można wykluczyć szkodliwego działania zbiorowego. Różni autorowie różnie atropin stósować polecają. Podczas gdy Johnston najdoświadczeńszy praktyk w tym kierunku, przynajmniéj 3 a najczęściéj 6 centigramów atropinu stosować radzi, polecają inni autorowie dawki od ½—1 ½ miligrama. Johnston poleca atropin w każdym ciężkim przypadku intoksykacyi, w którym obok śpiączki małe i szybkie tętno wykazać można, Binz natomiast w tych przypadkach nie zaleca atropinu lub też radzi w stosowaniu tego środka wielką zachowywać ostrożność. Autor zwraca wreszcie uwagę na liczne i ciężkie zatrucia makowcem lub morfinem, które bez stosowania jakiegokolwiek przetworu wilczéj jagody nie zakończyły się śmiercią. Z tych też przyczyn nie mógł nabrać przekonania, że stósowanie atropinu wpływa na przebieg ostrego zatrucia makowcowego lub morfinowego u ludzi. Robił doświadczenia na psach i badał zmiany, jakie morfin wywołuje w respiracyi, w mięśniach i w krążeniu i czy zmiany te atropinem usunąć można.

Na respiracyję znacznie zwolnioną skutkiem działania morfinu atropin nie działa; nie można również usunąć lub zmniejszyć kurczów i tężca przez podanie atropinu, jak to twierdzili Koning i Fröhlich. Przeciwnie doświadczenia utwierdziły autora w przekonaniu, że napady tężcowe po zastósowaniu atropinu silniéj występowały. Potwierdzając wyniki badań Binza i Heubacha, którzy wykazali, że u psów zatrutych morfinem znaczne obniżenie ciśnienia krwi, jakoteż i znaczne zmniejszenie się częstości tętna usunąć można atropinem, twierdzi autor, że wyniki te nie uprawniają do zastosowania leczniczego atropinu przeciw morfinowi, albowiem niebezpieczeństwo dla życia nie leży ani w obniżeniu ciśnienia krwi, ani w zmniejszeniu się częstości tętna, lecz w kurczach, a mianowicie w powtarzającym się tężcu, skutkiem którego oddychanie staje się utrudnioném, a względnie niemożebném. W bardzo znaczném podniesieniu częstości tętna skutkiem podania atropinu widzi autor raczéj niebezpieczeństwo, aniżeli korzystny objaw dla życia. Na zasadzie tych badań sprzeciwia się stanowczo stósowaniu atropinu w zatruciach morfinem. (*D. Archiv f. klin. Med.*) *Dr. Łazarski.*

Reynold (Filadelfija): **Jodek bizmutailowy, nowy środek przeciw owrzodzeniom.**

Połączenie to otrzymuje się z jodku potasowego i azotanu bizmutowego za pomocą kw. solnego, przedstawia się jako proszek bezpostaciowy barwy czerwonéj, nierozpuszczalny w wodzie, wyskoku i eterze, ciężaru gatunkowego 6,7. W jednym gramie tego wytworu znajduje się 0·36 jodu. Autor badając skuteczność jodoformu i azotanu bizmutowego w różnych owrzodzeniach, stosował także jodek bizmutailu. Dosyć obszerne wywody autora można streścić w następujących zdaniach: 1) Jodek bizmutailu zmniejsza stan zapalny; 2) pod jego wpływem łatwo wytwarza się nowa tkanka, 3) jest aseptycznym, 4) przeszkadza tworzeniu się ropy, 5) zmniejsza drażliwość ran i 6) można go na każdą ranę stósować.

Na różne wrzody na odnogach dolnych stosował autor połączenie to i otrzymał zawsze w krótkim czasie świetne rezultaty nawet w tych przypadkach, w których przez kilka miesięcy pod wpływem innych środków zagojenie nie nastąpiło. Autor radzi oczyszczać rany octanem glinowym, następnie posypać je jodkiem bizmutailowym, przyłożyć watę i opatrunek taki odnawia się dopiero po kilku dniach. Także i w rzeżączce poleca autor ten środek:

Rp.	*Bismuthi subjodid.*	1,2
	Glycerini	40,0
	Aquae destill.	60,0

lub też w postaci *bougies*.

Możnaby połączenie to zastosować przy wrzodach żołądka i odbytnicy jako też i w durze brzusznym:

Rp. *Bismuthi subjodid.* 0,3
Glycerini 15,0
Aquae dest. 100,0

(*Deutsche med. Wochensch.*). *Dr. Łazarski.*

VI. Szkice sanitarne z Persyi.

Podał Dr. W. Jabłonowski.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 26).

Nieraz zdarza się widzieć Persów popisujących się niezwykłą zręcznością i siłą w wykonywaniu pewnych ruchów, do jakich mogą doprowadzić stosowne ćwiczenia gimnastyczne. Zwiedzając teraz Persyję miałem często sposobność przekonania się, że ćwiczenia gimnastyczne są dla tutejszych mieszkańców, jeżeli nie nałogiem to niezaprzeczenie jednym ze zwyczajów wykonywanych przez znaczną liczbę osób i uważanych za jeden ze środków, służących do rozwoju i wzmocnienia systemu mięśniowego. Miałoby to miejsce w rzeczy saméj, gdyby tylko, tak jak we wszystkiém, tak i w téj okoliczności rozsądne pojęcie korzyści nie było w najzupełniejszém przeciwieństwie z samym rodzajem wykonywania tych ćwiczeń. Wyobraźmy sobie bowiem podłużną pieczarę, rodzaj wilgotnego sklepu wykopanego w ziemi na trzy metry głębokości, z trzech stron otoczonego murem lub płotem, nakrytego rogóżkami a częściéj jeszcze wojłokiem, z niedostatecznym zasobem powietrza, dołem wysypanym na pół wilgotnym piaskiem lub wiórami i wszelkiego rodzaju zgniłém naczęściéj śmieciem, a będziemy mieć najprawdziwszy obrazek tutejszych tak zwanych *zor hane* czyli zakładów gimnastycznych. W takich przestrzeniach, już z powodu braku światła, stopnia ciepłoty i zbyt zgęszczonego powietrza nieodpowiednich, zwykło się zbierać w rannych godzinach kilku kandydatów, którzy pod kierunkiem jednego z doświadczeńszych pozbywszy się koszuli wtajemniczają się w ćwiczenia, mające im dać siłę ustrojową, któréj im nie dostaje. Sam rodzaj i porządek tych ćwiczeń jest następujący. Wyrabianie układu mięśniowego ramion i przedramion, skoki boczne z jednéj nogi na drugą, unoszenie ciężaru ciała na rękach, wyrabianie mięśni klatki piersiowéj, szyi i grzbietu; unoszenie się w położeniu pochyłém na piętach opartych o podstawę drewnianą; skoki z wyrabianiem mięśni udowych, przysiadanie ku ziemi przy utrzymaniu odnóg dolnych w pewnéj oddali, wreszcie unoszenie ciężarów siłą klatki piersiowéj. Nadto nic więcéj. Z wyjątkiem ćwiczeń górnemi odnogami wszystkie inne odbywają się bez żadnych pomocniczych przyrządów. Do wyrabiania mięśni ramieniowych używają zwykle tak zwanych *myll*. Są to 60 centymetrów wysokie walce wyciosane z twardego, zwykle dębowego drzewa z odpowiednią rękojeścią i z podstawą niekiedy nalaną ołowiem, w celu nadania im większego ciężaru. Ujęte za rękojeść całą dłonią służą do wykonywania najrozmaitszych ruchów unoszenia odnogami i wykonywania ruchów młynkowych ponad głową, naprzód, w tył i wzajemnego krzyżowania się ze stałe bocznym kierunkiem lub znowu wprowadzenia odnóg w ruch wahadła z unoszeniem ciężaru ku ramionom lub dotykania powierzchni grzbietu. Wszystkie te ruchy powinny być wykonane bez przerwy, wypoczynku i jednym ciągiem, bo wtedy tylko mają sprowadzić oczekiwaną korzyść. A jeżeli dodamy, że ćwiczenia powinny się odbywać chodząc po miękkiéj przestrzeni, będzie to dostatecznêm do zrozumienia jak one są uciążliwe i nużące.

Innêm znowu ćwiczeniem jest unoszenie siłą klatki piersiowéj stopniowo powiększanych ciężarów. Ustrój oparty na odnogach górnych i dolnych nad odpowiednio przygotowaną deską, z obnażoną klatką piersiową, obciąża się kamieniami, łańcuchami lub żelaznemi płytami. Gimnastyk powinien najprzód utrzymać ciężar w wysokości klatki piersiowéj. Stosownie do ciężaru podoławszy mu, stara się go unieść do pewnéj wysokości, posługując się w têm chwilowo powstrzymaniem oddechu i odpowiedniém wygięciem stosu pacierzowego. Daléj, gdy siły wystarczają, robi różne poruszenia klatką piersiową w celu zsunięcia ciężaru na jednę lub drugą stronę, bardziéj wprawni wreszcie, po zrobieniu kilku podobnych ruchów, przy zachowaniu całéj równowagi starają się pozbyć ciężaru zrzucając go na bok. I jeżeli im się to uda, gdy unikną bardzo łatwego stłuczenia lub nawet zgniecenia, ćwiczenie uważa się za skończone, gimnastyk całym ciężarem ciała spocząwszy na ziemi, bywa nacierany odwarem z czerwonego pieprzu pomięszanego z pewną ilością soku z granatów. Potém udaje się do łaźni, tam wypoczywa, przez pewien czas obmywa się wodą i wreszcie jako nagrodę za sprawione sobie znużenie wypala parę *nargilch* i wraca do zwykłéj niejako równowagi. Ćwiczenia tego rodzaju są uzupełnieniem i uwieńczeniem tutejszéj nauki gimnastyki, o ile zaś one są dalekie od celu, osądzić można po jednorazowém przypatrzeniu się ich wykonaniu. Oddający się im, w istocie po upływie pewnego okresu czasu przedstawiają układ mięśniowy rozwinięty do zdumiewającego stopnia. Lecz o tyle, o ile takowy nabiera klasycznéj, że tak powiem, postaci, o tyle znowu indywiduum czuje się osłabionêm i skłonnêm do nadzwyczaj łatwego znużenia. Co więcéj, bardzo tylko mała ilość ćwiczących się w perskiéj gimnastyce, zdolną jest podołać takiemu np. obciążaniu klatki piersiowéj żelaznemi płytami. Często po kilkorazowéj próbie zmuszeni są zaniechać skłonności i pewnéj pasyi do posiadania wydatnych mięśni piersiowych, bo zwykle następujące rozszerzenie pęcherzyków płucnych, odma, napady dychawicy, nieraz wodna opuchlina osierdzia, a w najlżejszych przypadkach nieżyty, zapalenia i krwotoki z narządu oddychania bywają nieuniknionêm następstwem zbytecznych tych wysileń. Jednym z najbardziéj ciekawych objawów chorobowych, jaki miałem sposobność zauważyć w czasie mojéj wycieczki po perskim Lurystanie, było pęknięcie przepony u jednego z najbardziéj renomowanych w Persyi akrobatów Hussein-Khuli-Khana. Z natury obdarzony silną budową ustroju, odważny, krwiożerczy, lecz i wyniszczony jako nałogowy pederasta i wielki amator gorzałki, obywatel ten, usłuchawszy rady jednego z wpływowych duchownych, postanowił odzyskać siły odbyciem szeregu ćwiczeń gimnastycznych. W tym celu sprowadził sobie mistrza aż z Khorosanu, a nie będąc już w wieku pozwalającym na rozpoczęcie ćwiczeń skokowych, od razu wziął się do wyrabiania mięśni klatki piersiowéj przez nakładanie na nią ciężarów. Szło to czas jakiś znośnie. Khan czuć się miał nawet rzeźwiejszym i z całym zapałem oddał się wyrabianiu dość już zwiędłych swych mięśni, znajdując jeszcze i tę rozrywkę, że po każdéj lekcyi grono zdrowych i pięknych Kurdek było zmuszone mięsić go jak *halwe* na *bajram*, przyczyniając się tem jeszcze do nadania układowi mięśniowemu większéj elastyczności i siły. Nagle w czasie trwania jednego takiego ćwiczenia przekonany, że podoła większemu niż zwykle ciężarowi, Khan każe się nim obłożyć, pracuje z wysileniem, lecz po krótkiéj chwili blednie, sinieje, pada pod zbytecznym ciężarem i w kilka godzin kończy życie. Nadworny lekarz

Khana, jakiś poważny hiszpańsko-perski semita, przypisuje śmierć pęknięciu wiotkiéj przepony. Rozpoznanie potwierdzamy i mistrz gimnastyki obciążony już żelazną obrożą i skazany na pewne roźwiertowanie, znajduje sposobność do usunięcia się z widowni zdumionego dworu. Nie wątpić, że przykłady podobne spotykać można dość często, przechodzą one jednak niepostrzeżenie, bo przyczyna ich leży w zwyczaju nieznającym żadnych niebezpieczeństw.

VII.

Dość drobiazgowe rozpatrzenie zwyczajów perskich przekonywa nas, że wpływ ich na ogólny stan zdrowia mieszkańców jest przeważnie fatalnym. Nie zmniejsza to jednak ich tradycyjnego znaczenia, lecz przeciwnie, utrzymując wszystkich w przekonaniu koniecznego ich obserwowania, wytwarza jeszcze inną ich odnogę, nie już zwyczajów nacechowanych piętnem nałogów, a tylko czynności przedstawiających dla każdéj jednostki pewien materyjalny interes i z tego powodu utrzymywanych z całą ścisłością bez względu na to, czy indywidualne zdrowie będzie narażone na szwank, lub czy nawet całe masy ludności nie odczują szkodliwego ich wpływu. Dla przekonania się o doniosłości téj higijenicznéj kwestyi mam zamiar opowiedzieć i uwydatnić niektóre z perskich rzemiosł i wykazać wpływ, jaki wywierają na osoby im się oddające, jaki wywierają na tych, którzy z potrzeby lub przypadkowo zetknęli się z tutejszym rzemieślnikiem.

Wiadomo, że pośród ludów dalekiego wschodu mieszkańcy Persyi cieszą się opiniją jako dobrzy i pracowici rzemieślnicy. W istocie sądząc z daleka i po okazach wyrobów ztąd pochodzących, wypada przyznać, że opinija ta ma swą słuszną podstawę. Bo każdy Pers jest naprawdę swego rodzaju rzemieślnikiem. I do jakiéjkolwiek warstwy swego społeczeństwa należy, każdy z nich lubi się oddawać czynnościom rękodzielniczym i stosownie do okoliczności i środków, jakiemi rozporządza, stara się uprawiać, ulepszać, konkurując raz z sąsiadem tylko, a niekiedy z miastem lub całą okolicą nawet, tak że sądząc po tém przywiązaniu do rzemiosła, wypadałoby przypuszczać, że robotnik czy rękodzielnik tutejszy uwzględnia pewne warunki, stara się o polepszenie okoliczności sprzyjających rozwojowi rzemiosła przez zachowanie i powiększenie potrzebnych sił ustrojowych, przy całéj dążności utrzymania własnego zdrowia w znośnym przynajmniéj stanie. W praktyce jednak ważna ta kwestyja przedstawia się zupełnie inaczéj. Rzemieślnicy tutejsi nie stanowiąc właściwych korporacyj cechowych, pracując samodzielnie, są pozbawieni wszelkiéj opieki, niczyjéj nie zwracają na się uwagi, żyjąc i pracując w najgorszych warunkach higijenicznych. Łatwe zaopatrzenie się w materyjał, a przedewszystkiém cel zysku, pozwala im zapominać o potrzebie i korzyści dla zdrowia, jaka wypływa z odpowiedniego urządzenia zakładów, tutaj roboczych bud tylko, lub wązkich przestrzeni pozbawionych powietrza i światła w ilości niezbędnéj dla płuc i oczu, gdzie obok majstra i czeladzi, tuli się jeszcze cała rodzina pierwszego bez różnicy płci i wieku. Że zaś zysk bez względu na jego wielkość jest jedyną podstawą wszelkich usiłowań przy życiu wśród najwstrętniejszych nawet warunków, więc też droga, gdzie się przedstawia największa jego łatwość, wpaja się niejako w indywidualny byt mieszkańców i stając się zwyczajem jest jednocześnie i rzemiosłem praktyczniejszém tylko od innych.

Na czele takichto swojskich i tylko mieszkańcom Persyi właściwych zajęć stoi najprzód zbieranie po całym kraju zwłok prawowiernych obywatcli, następnie przechowywanie ich w ciągu pewnego okresu czasu; daléj pakowanie całych trupów, pewnych ich części lub tylko samych kości, i wreszcie przewożenie do arabistańskiego Iraku, aby je złożyć w saméj Kerbeli, Nedżefie, lub też tylko w blizkiéj im okolicy zroszonéj krwią szeickich męczenników. Dla spełnienia zaś tego święcie obserwowanego zwyczaju potrzebnymi są trzy rodzaje robotników: zbierający trupy, przechowujący je i pakujący i wreszcie przewożący najprzód do jednego ze środkowych punktów kraju, a w końcu i po za granicę. Że zaś każda z tych czynności przedstawia pewne niebezpieczeństwo dla zdrowia osób oddających się takowéj, więc rozpatrzenie się w szczegółach będzie najodpowiedniejszém do zamknięcia w stosowne ramki tego oryginalnego obrazku.

(Ciąg dalszy nastąpi).

Listy z Paryża.

I.

Jakkolwiek już w pierwszych dniach mego pobytu tutaj powziąłem myśl podania choćby tylko ogólnego opisu wydziału lekarskiego i szpitali, to przecież nie mogłem tego uczynić wcześniéj z powodu obawy, aby dla zbytniego pośpiechu nie przedstawić rzeczy dorywczo lub co gorsza w fałszywém świetle. Łatwo zresztą pojąć, że przybywszy tu dla kształcenia się w kierunku ściśle wytyczonym, nie chciałem zbytnio rozrywać sobie czasu zwiedzaniem klinik i zakładów naukowych, rozrzuconych wśród tego olbrzymiego miasta i że dla zadosyćuczynienia powziętemu zamiarowi musiałem ograniczyć się do korzystania z chwil wolnych.

Każdy niemal zwiedzający tutejsze szpitale i pracownie naukowo-lekarskie przyznać musi zapewne, że dewiza Rzeczypospolitéj francuskiéj: *Liberté-Égalite-Fraternité*“ ujawnia się w świecie lekarskim w najpiękniejszéj formie. Wstęp zawsze wolny nie tylko do klinik i szpitali, ale i do wszystkich pracowni, serdeczne stosunki koleżeńskie, usłużność nader uprzejma i bezinteresowna, oto główne cechy tutejszych stosunków uniwersyteckich i szpitalnych, licujących najpiękniéj z hasłem całego narodu. Toteż napływ lekarzy różnych narodowości, rożnego wieku, chcących się kształcić w różnym kierunku, jest iście olbrzymi.

Najodpowiedniéj będzie, o ile mi się zdaje, rozpocząć rzecz od opisu rozkładu studyjów i egzaminów lekarskich.

Aby można się wpisać na uniwersytet jako uczeń zwyczajny, trzeba mieć dyplom „bakałarza“ *(bachelier ès lettres et ès sciences restreintes)*, któryto dyplom otrzymuje się po złożeniu egzaminu z zakresu nauk gimnazyjalnych w obec komisyi egzaminacyjnéj z wydziału filozoficznego i nauk przyrodniczych w Sorbonnie. Czas studyjów lekarskich wynosi lat cztery. W ciągu każdego roku szkolnego odbywają się cztery wpisy na nowe wykłady, a mianowicie co 2 lub 3 miesiące, dla otrzymania więc absolutoryjum musi uczeń wykazać się 16oma wpisami. Nauka rozpada się na część teoretyczną i praktyczną. W pierwszym roku słucha uczeń wykładów: zoologii, botaniki, fizyki i chemii (wykładów mineralogii nie ma); w drugim roku: anatomii, histologii i fizyjologii. W trzecim roku studyjów obowiązanym jest uczeń oprócz słuchania wykładów dowolnie sobie obranych zapisać się do służby lekarskiéj szpitalnéj. Liczbę wpisanych uczniów rozdziela Wydział pomiędzy wszystkie szpitale paryskie. Uczeń winien regularnie codziennie rano uczęszczać do przeznaczonego sobie szpitala (co bywa ściśle przestrzeganém przy pomocy katalogu), gdzie kształci się pod okiem pryma-

ryjusza i lekarzy asystentów. Po każdych 3ch miesiącach służy uczniowi wolność zmienienia swéj służby i uczęszczania do innego szpitala. Praca w laboratoryjach rozłożoną jest w sposób następujący: w pierwszym roku pracuje uczeń w laboratoryjum chemii, fizyki i zoologii, w drugim roku w prosektoryjum anatomicznêm i w pracowni histologicznéj, w trzecim roku ponownie w prosektoryjum anatomicznêm i w pracowni fizyjologicznéj, a w czwartym roku w laboratoryjum anatomo-patologicznêm i ćwiczy się w operacyjach chirurgicznych na trupie. Czesnego od poszczególnych wykładów ściśle biorąc nie ma; natomiast płaci się przy każdym wpisie kwartalnym pewną taksę, którą w tym roku znacznie podwyższono w celu przysporzenia nowego dochodu budżetowi państwa. Nowe to rozporządzenie wywołało silną manifestacyję ze strony studentów, skutkiem czego najprawdopodobniéj przywróconą zostanie dawna taksa. Egzaminy odbywają się w odmiennym porządku jak u nas. Pierwszy egzamin obowiązanym jest uczeń zdać w ciągu 4go i 5go kwartału, to jest z końcem pierwszego lub początkiem drugiego roku. Zakres egzaminu obejmuje zoologiję, botanikę, fizykę i chemiję. Drugi egzamin jak niemniéj następne trzy dzielą się na dwie odrębne części. Pierwszą część drugiego egzaminu winien uczeń złożyć z końcem trzeciego roku. Przy egzaminie tym uczeń ma zrobić preparat anatomiczny w ciągu czterech godzin i na trupie wyszukać przez egzaminatora wskazany nerw, tętnicę, żyłę, ścięgno i t. p., a powtóre ma odpowiedzieć na pytania z anatomii i histologii, jak niemniéj rozpoznać preparat mikroskopowy. Druga część drugiego egzaminu składa się w pierwszéj połowie 4go roku, a mianowicie z fizyjologii. Naturalnie, że w razie nieuczynienia zadosyć wymaganiom egzaminów wspomnianych uczeń nie może zapisać się na rok następny. W obec tego zostaje uczeń przez całe czterolecie pod ciągłą presyją egzaminów z jednéj strony i pod ustawiczną kontrolą prymaryjuszów, a względnie profesorów i asystentów, z drugiéj strony. Dopiero po skończeniu czwartego roku rozrządzać może uczeń do woli terminem zdawania dalszych egzaminów. Trzeci egzamin obejmuje w pierwszéj swéj części: operacyje na trupie i egzamin ustny z patologii zewnętrznéj i akuszeryi, a w drugiéj swéj części: patologiję wewnętrzną i patologiję ogólną. Czwarty egzamin składa się z higijeny, medycyny sądowéj, terapii i farmakologii, przyczém kandydat musi napisać kilka recept wskazanych i protokół wraz z orzeczeniem sądowo-lekarskiém. Piąty egzamin odbywa się przy łóżku chorego i to w pierwszéj części z patologii zewnętrznéj i akuszeryi, a w drugiéj części z patologii wewnętrznéj; nadto kandydat robi sekcyję. Złożenie tych egzaminów jeszcze nie uprawnia do wolnego wykonywania praktyki lekarskiéj i nie nadaje żadnego tytułu, któryby można porównać z niemieckim *practischer Arzt*. Dopiero po ogłoszeniu drukiem rozprawy doktorskiéj (*Thèse pour le doctorat en medecine*) i obronieniu tejże w obec wyznaczonéj komisyi egzaminacyjnéj otrzymuje kandydat dyplom doktora medycyny, wydawany przez ministra.

Pilniejsi uczniowie tak wyższych lat medycyny jakotéż po skończeniu czwartego roku studyjów mają doskonałą sposobność kształcenia się w szpitalach w charakterze tak zwanych „e k s t e r n ó w i i n t e r n ó w“ (*externes et internes des hôpitaux*). Tytuł eksterna otrzymać mogą studenci, którzy zdali bardzo dobrze egzamin ustny z anatomii i patologii. Obowiązkiem ich jest przyjść znacznie wcześniéj przed wizytą do sali chorych, badać chorych im przydzielonych i zlożyć z tego sprawozdanie lekarzowi, a w oddziale chirurgicznym obowiązani są do opatrywania chorych. Kandydaci ubiegający się o opróżnioną posadę interna muszą poddać się egzaminowi, który składa się z egzaminu pisemnego z anatomii i patologii i z odpowiedzi ustnych na pytania z anatomii, fizyjologii i patologii. Egzaminy te są względnie dość trudne, odbywają się w obec licznie zgromadzonéj młodzieży i budzą żywe zajęcie z powodu znacznéj liczby konkurentów. Czynność internów polega na odbywaniu codziennie wizyty wieczornéj w salach im przeznaczonych i udzielaniu pomocy lekarskiéj w nagłéj potrzebie. Nadto miewają oni w każdym szpitalu kolejno dyżury 24-godzinne. Tytuł interna ma w przyszłéj karyjerze lekarza ważne znaczenie, a lekarze zajmujący już zaszczytne nawet stanowiska powołują się nieraz z dumą na piastowanie urzędu interna.

Lekarze mający przynajmniéj 5 lat praktyki mogą się ubiegać o posadę l e k a r z a b i ó r a c e n t r a l n e g o w razie ogłoszenia konkursu na opróżnioną posadę. O posadę tę może także ubiegać się lekarz młodszy, który był przez 5 lat interne (z tych kilka lat oczywiście jeszcze jako student) i który otrzymał złoty medal na dorocznym konkursie. W celu otrzymania wspomnianéj posady kandydaci opracować muszą piśmie pewien temat i mieć wykład kliniczny przy łóżku chorego. Znaczna liczba kandydatów, ich zdolność i walka o palmę zwycięztwa sprawiają, że konkursy te są nadzwyczaj żywe i przedstawiają dla słuchaczy bardzo zajmujące lekcyje. Lekarze biura centralnego są obowiązani kolejno do odbywania konsultacyi publicznéj w szpitalach i miewają dyżury, aby w razie, gdyby intern nie był w stanie podołać swemu zadaniu dyżurnego mogli przyjść w pomoc chorym. Lekarze biura centralnego awansują w miarę opróżnionych posad na lekarzy o r d y n u j ą c y c h i to najprzód w szpitalach położonych na krańcach miasta. Do szpitali tych mimo ich odległego położenia uczęszczają studenci bardzo licznie, gdyż niektórzy z lekarzy ordynujących, którzy po większéj części są już w charakterze docentów, zajmują się bardzo gorąco kształceniem młodzieży. Późniéj lekarze ci otrzymują posady w jednym z czterech głównych szpitali: Hôtel-Dieu, Pitié, Charité lub Necker, w których zarazem mieszczą się różne kliniki. *Dr. Prus.*

VII. Higijena, Epidemijologija, Policyja lekarska.

Dr. H. K r a n n h a l s: **Przyczynek do kazuistyki i ajtyjologii choroby szmaciarskiéj.**

Chorobę szmaciarzy, jakkolwiek bardzo rzadko, spostrzegano dopiero w początkach ósmego dziesiątka bieżącego wieku pomiędzy robotnikami zajętymi w papierniach oczyszczaniem szmat, rozdzieraniem ich i tp. Uważano pył bardzo obficie wydobywający się przy têm za przyczynę chorób, jak: nieżytu spojówek, nosa, połyku, gardziela i żołądka, *asthma pulverulentum, asthma sanguineum* i t. d. Najgroźniejsze ze wszystkich cierpień wydzielono późniéj pod nazwą choroby szmaciarzy, choroby ostréj zakaźnéj. Jako przyczynę téj choroby uważano zrazu bardzo liczne prątki podobnie jak w wągliku. Autor badał zwłoki czterech osób zmarłych skutkiem zarażenia się od szmat w papierni, wstrzykiwał królikom ciecze z tychże zwłok pochodzące, mianowicie wypocinę opłucnową i hodował kultury grzybków tak ze zwłok ludzkich jak i króliczych. Pod względem anatomo-patologicznym przedstawiały zwłoki ludzkie takie zmiany jak zwierzęta, którym zastrzykiwał prątki złośliwego obrzęku. Podczas gdy u królika po

zaszczepieniu pod skórę jad szerzy się najprzód w przestworach tkanki podskórnéj, u człowieka jad szerzy się w tkance śródpiersiowéj i przestworach limfatycznych błony płucnéj. Rozprowadzenie jadu przez krążenie musi się odbywać bardzo słabo. Z tego powodu uważa Dr. K. prątek złośliwego obrzęku za właściwy zarazek choroby, o któréj mowa. (*Zeitschrift f. Hygiene, Band II, Heft* 2). *Dr. Buszek.*

○ Publiczna ochrona od kiły. W roku zeszłym toczyły się długie rozprawy w Akademii lekarskiéj o ubytku ludności we Francyi, a wśród nich wielokrotnie zwracano uwagę na zastraszającą śmiertelność dzieci w skutek kiły dziedzicznéj i na niedostateczność obowiązujących zarządzeń administracyjnych przeciw szerzeniu się kiły. Akademija do zbadania sprawy w tym kierunku wyznaczyła komisyję, w skład któréj weszli Ricord, Fournier, Leon Le Fort, Bergeron, Colin, Le Roy de Mericourt. Komisyja ta wygotowała już sprawozdania i przedłożyła go za pośrednictwem swego sprawozdawcy Fourniera na ostatniém posiedzeniu Akademii. Sprawozdanie to i dyskusyja nad niém mają posłużyć za podstawę do rezolucyi i wniosku do ustawy, które mają być przedstawione odpowiedniéj władzy.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 29 maja do 4 czerwca umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 28,5. Z dławca i błonicy umarło 0 (3 z. t.); z duru brzusznego 4 (3 z. t.); z duru osutkowego 0 (1 z. t.); z gruźlicy 14 (8 z. t.); z zapalenia płuc 12 (9 z. t.). Doniesiono w tymże czasie: o 1 przypadku odry, 3 krztuśca, 2 duru osutkowego (z Podgórza i ze Szlaku). W tygodniu od 22—28 maja umarło z ospy: w Brodach 1, w Tarnopolu 1, w Budapeszcie 4, w Pradze 5, w Tryjeście 7, w Rzymie 8, w Paryżu 13, w Warszawie 14. Z duru brzusznego umarło w Paryżu 16, w Petersburgu 13. Z odry umarło w Kołomyi 4, w Wiedniu 40, w Mnichowie 51, w Rzymie 18, w Paryżu 41, w Londynie 112, w Stokholmie 19, w Petersburgu 18. Z płonicy umarło w Kołomyi 2, w Londynie 22, w Wiedniu 4. Z dławca i błonicy umarło we Lwowie 2, w Drohobyczu 1, w Kołomyi 2, w Przemyślu 1, w Wiedniu 9, w Berlinie 24, we Wrocławiu 13, w Paryżu 43, w Londynie 27, w Petersburgu 10. Z krztuśca umarło w Paryżu 11, w Londynie 73, w Kopenhadze 8, Petersburgu 7.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 22—28 maja umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 46,2; we Lwowie 34,8; w Brodach 22,9; w Drohobyczu 27,3; w Kołomyi 60,1; w Przemyślu 18,5; w Stanisławowie 20,5; w Tarnopolu 23,5; w Tarnowie 23,5; w Czerniowcach 34,0; w Warszawie 22,3; w Poznaniu 27,1; w Wiedniu 30,6; w Salcburgu 32,9; w Gracu 26,8; w Tryjeście 28,4; w Insbruku 48,2; w Pradze 39,6; w Berlinie 19,8; we Wrocławiu 25,5; w Gdańsku 22,3; w Dreźnie 18,2; w Hamburgu 22,7; w Kolonii 25,9; w Lipsku 21,7; w Mnichowie 37,8; w Strasburgu 20,9; w Amsterdamie 23,3; w Brukseli 24,0; w Budapeszcie 31,2; w Chrystyjanii 20,6; w Kopenhadze 26,2; w Londynie 19,0; w Odesie 22,8; w Paryżu 25,7; w Petersburgu 30,3; w Rzymie 28,2; w Stokholmie 23,5; w Wenecyi 25,8. *J. B.*

VIII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 30 czerwca. Przedwczoraj odbył się w auli nowego gmachu uniwersyteckiego piękny i uroczysty akt wręczenia dyplomu doktora filozofii *honoris causa* J. C. i K. Wysokości Arcyksięciu Następcy tronu. Arcyksiąże przyjmując z rąk dziekana Wydziału filozof. prof. Wróblewskiego dyplom, na świetną przemowę rektora hr. Tarnowskiego odpowiedział dziękując za zaszczyt, udzielony mu przez prastary Uniwersytet jagielloński i życząc wszechnicy, aby przez długie wieki prosperowała. Obecnymi byli prócz Arcyksięcia i dostojnéj Jego Małżonki Namiestnik Galicyi i inni dygnitarze, wszyscy profesorowie w togach i wielka liczba uczniów. Następnie Arcyksięstwo udali się do Biblijoteki jagiellońskiéj, gdzie zapisali się do księgi pamiątkowéj.

* Dzieła zbiorowego *Biographisches Lexicon* otrzymaliśmy zeszyty 49 i 50, zamykające tom V oraz zeszyty 51 i 52 rozpoczynające tom VI i ostatni, a kończące się na nazwisku Voigtel. W zeszytach tych spotykamy się z biografijami następujących lekarzy i przyrodników polskich: Szymanowski, Syreński, Syrski, Szastrowie, Szczucki, Szeparowicz, Szerlecki, Szokalski, Talko, Teichmann, Tomicki, Tomowicz, Tripplin, Trzciński, Tyrchowski, Ursinus, Marcin z Urzędowa, Vitellio.

* Docent Jaworski wyjechał do Karlsbadu, gdzie przez sezon kąpielowy praktykować będzie.

* W Krynicy było dotąd gości 255, w Cieplicach czeskich 2667.

* **Wiesbaden.** Prof. Langenbeck przebył szczęśliwie operacyję zaćmy na oku drugiém.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Wiedeń.** Dziekanem na rok przyszły wybrany prof. Kundrat. Prof. Bandl otrzymał ponownie *veniam legendi* w Uniw. wiedeńskim. — **Insbruk**. Docent wiedeński Dr. Emil Ehrendorfer mianowany został zwyczajnym profesorem położnictwa i chorób kobiecych. — **Kazań**. Prof. chirurgii Bogoljubow zrzekł się katedry z powodu choroby, a miejsce jego ma zająć docent prywatny Dr. Razumowski. — **Wiedeń**. Rektorem uniwersytetu na rok przyszły wybrany jednomyślnie prof. farmakologii Vogel.

* **Wiadomości osobowe.** Mianowani zostali starszymi lekarzami w armii czynnéj Drowie Ludwik Ziembicki i Władysław Grabowicz.

Stopnie doktorów w. nauk lekarskich otrzymali w Uniw. Jagiell. pp. Walery Pawlas z Mokrzyszowa i Adam Strumieński z Zabłociec w Galicyi.

* **Nekrologija**. W Gorlicach umarł Dr. Karol Bielczyk po długiéj, ciężkiéj chorobie. Cierpiał on obłęd prześladowczy i w napadzie otruł się sublimatem. Zostawia 5ro dzieci bez majątku. Dr. Wroński z Gorlic, donosząc nam o jego zgonie, oddaje mu świadectwo, że był człowiekiem zacnym, obywatelem prawym, dobroczyńcą biednych i chorych, kolegą dobrym. Znaliśmy go osobiście i możemy w zupełności potwierdzić te pochwały; ze swéj strony dodajemy, że mimo kłopotów materyjalnych, od których nigdy nie był wolny, postępował z nauką a z doświadczeń swych zdawał sprawę w piśmie naszém. Cześć pamięci zacnego kolegi!

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich.

W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 26: Trzebickiego: Dodatkowy przyczynek do wyjęcia jelita w przypadkach przepuklin uległych zgorzeli; Garbowskiego: Uwagi o mięsieniu (c. d.); Strzemińskiego: Sprawozdanie z działalności szpitala oftalmicznego wileńskiego. — W *Medycynie* Nr. 26: Goldflama: O t. zw. rozsianém zapaleniu nerwów (c. d.). — W *Kronice Lekarskiéj* Nr. 6: Wassercuga: Co robić przy poprzedzaniu łożyska?

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę d. 6 lipca o godzinie 6éj **w Zakładzie medycyny sądowéj** posiedzenie zwyczajne, na którém kol. Walentowicz przedstawi okaz *hermaphroditismus verus bilateralis*.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Anatola Maryjana Kosterkiewicza.